

Protocolos de encaminhamento para Tratamento da Dor

O protocolo de Tratamento da Dor será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Tratamento da Dor. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com dor oncológica, dor do membro fantasma, síndrome complexa regional, dor central, neuralgia do trigêmeo, avulsão de plexo, anemia falciforme ou transtorno de uso de opioides devem ter preferência no encaminhamento ao Tratamento da Dor, quando comparado com outras condições clínicas.

Dentro deste protocolo, casos selecionados com deficiência física temporária ou permanente podem ser encaminhados à **Reabilitação Física**, com o objetivo de avaliação multidisciplinar para dispensação de órteses (como colete, colar cervical, órtese de punho, palmilhas) próteses e meios auxiliares de locomoção (como bengala, andador, cadeiras de rodas), além de terapias que abrangem mais de uma área da reabilitação concomitante. Há serviços de reabilitação física em todas as macrorregiões, e o acesso é regulado e regionalizado.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 03 de junho de 2020.

Supervisão Geral:
Arita Bergmann

Coordenação:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autores:
Alexandre Wahl Hennigen
Ana Cláudia Magnus Martins
Daissy Liliana Mora Cuervo
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Guilherme Levi Tres
Maiara Conzatti
Mariana Soares Carlucci
Rafaela Fernandes Barrêto

Revisão Técnica:
Wolnei Caumo
Alexandre Annes Henriques
Adivânio Cardoso Américo

Colaboração:
José Inácio Lermen
Scheila Ernestina Lima
Yara Regina da Cunha Castro
Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:
Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:
Davi Adorna

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 03 junho 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano da citação.

TelessaúdeRS-UFRGS 2020
Porto Alegre – RS

Protocolo 1 – Fibromialgia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe de Tratamento da Dor:

- fibromialgia (ver diagnóstico no [quadro 1](#)) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução;
 - b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade;
 - c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade;
 - d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade;
 - e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.
2. paciente apresenta sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são e os medicamentos em uso;
3. tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou farmacológico utilizado (dose, posologia e resposta)];
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios físicos, higiene do sono e psicoterapia, se necessária) e medicamentoso (para modulação da dor e analgesia) adaptado às condições do paciente. Mais informações sobre tratamento no [quadro 2](#).

Protocolo 2 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver [quadro 3](#));
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear - RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada - TC), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória);
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado¹;
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica²;
- suspeita clínica de claudicação neurogênica;
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa \geq grau 2;
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS;
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

²Claudicação neurogênica: dor e alteração de sensibilidade nas pernas, com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitados por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar) e mudança de posição (flexão do tronco).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver [quadro 4](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisiatria, equipe de tratamento da dor):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor lombar crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta terapêutica); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)];
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

Protocolo 3 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver [quadro 3](#));
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia;
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente;
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear - RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada - TC), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia ou Neurocirurgia:

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial;
- pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide;
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica;
- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (rigidez matinal e dor que piora com repouso e melhora com movimento).

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor cervical crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sistêmicos);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor cervical [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)];
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

Protocolo 4 – Síndrome do túnel do carpo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia - cirurgia da mão:

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar;
- síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- síndrome do túnel do carpo já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica, com dor persistente apesar de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para síndrome do túnel do carpo [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
3. tratamento cirúrgico, se realizado (sim ou não e local de atendimento);
4. anexar laudo da eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. associação dos sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre tratamento no [quadro 5](#).

Protocolo 5 – Osteoartrite

Ver [quadro 6](#), no anexo, para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite e [quadro 7](#), para tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatóide ou artrite psoriásica;
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
 - c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), se realizado, com data;
5. índice de massa corporal (IMC);
6. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
7. comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 6 – Dor neuropática: mono ou polineuropatia (neuropatia pós-herpética, neuropatia diabética, neuralgia do trigêmeo e outras etiologias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem, ressonância magnética nuclear (RMN), quando disponível na APS:

- todos os pacientes com suspeita de neuralgia do trigêmeo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- paciente com neuralgia do trigêmeo com necessidade de solicitação de ressonância magnética nuclear de crânio (RMN) quando exame não for disponível na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia ou para Tratamento da Dor:

- suspeita ou diagnóstico de neuralgia do trigêmeo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- diagnóstico de neuropatia pós-herpética refratária a tratamento clínico otimizado¹;
- diagnóstico de neuropatia diabética refratária a tratamento otimizado da dor e diabetes compensado¹;
- dor neuropática de outras etiologias (ex: pós-cirurgia ou fratura/trauma), refratária a tratamento clínico otimizado¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da dor, tempo de evolução, características da dor, frequência da dor, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RNM de crânio) ou Eletroneuromiografia², ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso sistêmico com pelo menos dois fármacos em dose otimizada. Mais detalhes sobre tratamento no [quadro 8](#).

²Exame complementar reservado para avaliação de neuropatias atípicas e/ou complexas, usualmente após investigação inicial por especialista em neurologia.

Protocolo 7 – Dor Pélvica Crônica Feminina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento específico da condição, não associada a gestação;
- alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose;
- dor pélvica associada à perda de peso, sangramento irregular perimenstrual, sangramento pós-menopáusico ou pós-coital, sem possibilidade de investigação na APS para exclusão de patologias malignas ou sistêmicas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- suspeita de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- suspeita de cistite intersticial (ver [quadro 10](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- pacientes com dor pélvica crônica, associados ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis, refratários a tratamento conservador¹ por pelo menos 3 meses na APS, preferencialmente já avaliados por equipe de ginecologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
2. investigações já realizadas;
3. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. história de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
5. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado: o manejo multidisciplinar deve ser buscado através da associação entre farmacoterapia (analgesia simples, tratamento para modulação da dor com tricíclicos ou anticonvulsivantes), modificações de dieta, estilo de vida e comportamento, tratamento de fatores psicológicos e tratamento hormonal, quando indicado por condição ginecológica.

Protocolo 8 – Dor Pélvica Crônica Masculina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- suspeita de cistite intersticial (ver [quadro 10](#));
- pacientes com dor/desconforto na região pélvica persistente e diagnóstico incerto ou suspeita de doença maligna urológica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor ou Urologia:

- pacientes com síndrome da dor pélvica crônica/prostatite crônica, associados ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis, refratários a tratamento conservador por pelo menos 3 meses na APS (ver [figura 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
2. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. história de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
4. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Síndromes dolorosas complexas e dor central

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- suspeita ou diagnóstico de Síndrome Dolorosa Complexa Regional (ver [quadro 11](#));
- dor do membro fantasma;
- dor após avulsão de plexo braquial;
- dor central¹ de qualquer etiologia (ex. pós-lesão/trauma medular, pós-acidente vascular cerebral);
- dor por crises vaso-oclusivas em pacientes com anemia falciforme.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (caracterização do quadro, história de trauma ou cirurgia prévia, exame físico completo);
2. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta terapêutica);
3. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A dor central é provável quando se apresenta com distribuição corporal compatível com a lesão identificada no SNC, associada a alterações somatossensitivas positivas ou negativas. No entanto, não é obrigatório que toda área seja envolvida. É possível que outras áreas do corpo apresentem quadro de dor musculoesquelética decorrente da sobrecarga a que são submetidos para compensar o membro acometido.

Protocolo 10 – Dor oncológica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- dores agudas em pacientes oncológicos - sobretudo se suspeita de fratura patológica ou quadro compatível com abdome agudo (atentando para obstrução intestinal, de vias biliares, de ureter ou sangramento de lesão tumoral).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor/Cuidados Paliativos (preferencialmente no mesmo serviço de tratamento do câncer):

- dor oncológica não controlada com analgesia otimizada¹ (ver [quadro 12](#) e [quadro 13](#));
- indicação de rotação de opioide por analgesia inadequada ou efeitos adversos intoleráveis;
- indicação de procedimento intervencionista para tratamento da dor no câncer (bloqueios neurais, radiofrequência, neurólise química).

Condições clínicas que indicam encaminhamento para Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/Programa Melhor em Casa²), quando disponível:

- pacientes oncológicos com funcionalidade comprometida temporária ou permanentemente (PPS 40% ou inferior – ver [quadro 14](#));
- pacientes oncológicos com dor associada a lesão por pressão estágio 3 ou 4 (ver [quadro 15](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. diagnóstico oncológico, local de tratamento do câncer e tratamentos já realizados;
2. características da dor (localização, tipo da dor, intensidade, comportamento temporal da dor, fatores de piora e melhora) e sintomas associados (ex. parestesia, náuseas);
3. comorbidades associadas (insuficiência renal, hipertensão, diabetes e outras);
4. medicações utilizadas para controle de dor (tempo; posologia; medicações não toleradas; resposta terapêutica);
5. história de abuso de substância(s)? Se sim, qual(is)?
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Analgesia otimizada é definida como uso de analgésico não opioide associado a analgésico opioide e medicamento adjuvante (por exemplo: corticoide, antidepressivo, anticonvulsivante). Mais informações no [quadro 12](#) e [quadro 13](#).

²Para encaminhar solicitação de avaliação do programa para usuários que residem em Porto Alegre, preencha o formulário de solicitação através do [Link](#).

Protocolo 11 – Dor associada a transtornos mentais (inclusive dependência a opioides).

Atenção: É importante tentar diferenciar dependência de opioides de pseudodependência (ou pseudoadição). Pseudodependência é a síndrome iatrogênica, resultante de dor subtratada, que leva o paciente a solicitar doses crescentes de analgésicos e acarreta alteração do comportamento. Tal condição é resolvida ao se otimizar o manejo terapêutico da dor.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- sintomas agudos de abstinência com risco de auto ou hetero-agressão;
- intoxicações agudas por uso de analgésicos e/ou outras substâncias psicoativas (instabilidade hemodinâmica e/ou depressão do sensorio secundárias);
- risco alto de suicídio.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Psiquiatria:

- transtorno psiquiátrico predominante em relação ao quadro de dor (incluindo Transtorno de Sintomas Somáticos e transtornos relacionados) sem resposta à abordagem realizada na atenção primária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- dor crônica de difícil resposta terapêutica, relacionada a transtorno por uso de opioides (ver diagnóstico no [quadro 16](#));
- pseudodependência (pseudoadição) refratária ao manejo da dor crônica na atenção primária;
- dor crônica refratária, apesar de tratamento psiquiátrico da doença de base otimizado (ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos dois psicofármacos isolados ou em associação, mantidos por pelo menos 8 semanas cada).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. histórico psiquiátrico:
 - a) transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (especialmente episódios prévios de transtorno de humor)? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - b) internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações, duração e ano das internações;
 - c) presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
 - d) tratamento atual ou já realizado para a condição psiquiátrica [psicoterápico (tipo, duração e resposta) - ou farmacológico (dose, posologia e resposta)];
2. descrição do quadro atual de dor (descrever tempo de duração, intensidade, localização, repercussões e tratamentos realizados);
3. descrição do quadro atual e histórico do uso de substâncias (descrever substâncias, quantidade, tempo de uso e outras características que sugerem transtorno por uso de substâncias);
4. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes 2019. **The Journal of Clinical and Applied Research and Education**, Arlington, Virginia, v. 42, supl. 1, jan. 2019. Doi 10.2337/dc19-Sint01. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_2019_UPDATED.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5)**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2013.

ANDERSON, B. C. **Glenohumeral osteoarthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Acesso em: https://cc.bingj.com/cache.aspx?q=glenohumeral+osteoarthritis+upto+date&d=4790104134517096&mkt=pt-BR&setlang=pt-BR&w=sxuD3oyDgimCSaulH7ol__nQr3-qgCuy. Acesso em: 4 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181238/17153813-rename-2018-novembro.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. F. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. ampl. e atual. 2. edição. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CHERNY, N. *et al.* (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.

CLEMENS, J. Q. **Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: clinical features and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 5 jul 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/interstitial-cystitis-bladder-pain-syndrome-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DEVEZA, L. A. **Overview of the management of osteoarthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 30 out. 2019. Acesso em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hand-osteoarthritis?> Acesso em: 2 mar. 2020.

DEVEZA, L. A.; EYLES, J. P. **Management of hip osteoarthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 30 out. 2019. Acesso em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hip-osteoarthritis>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DOHERTY, M.; ABHISHEK, A. **Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 2 dez. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-osteoarthritis/print#!>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DUNCAN, B. B. (ed.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Record No. T113895, osteoarthritis (OA) of the carpometacarpal joint of the thumb**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113895>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T114512, postherpetic neuralgia**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114512>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T114601, chronic pelvic pain in women.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018c. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114601>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T114621, osteoarthritis (OA) of the ankle.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018d. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114621>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T115752, osteoarthritis (OA) of the glenohumeral joint.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018e. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115752>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T116429, Interstitial Cystitis-Painful Bladder Syndrome.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018f. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116429>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T116897, osteoarthritis (OA) of the knee.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018g. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116897>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T474224, opioids for chronic cancer pain.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018h. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T474224>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T916956, medications for osteoarthritis (OA) of the knee.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018i. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T916956>. Acesso em: 2 mar. 2020.

DYNAMED. **Record No. T916959, alternative therapies for osteoarthritis (OA) of the knee.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018j. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T916959>. Acesso em: 2 mar. 2020.

EDSBERG, L. E. *et al.* Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: revised Pressure Injury Staging System. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, v. 43, n. 6, p. 585-597, nov./dez. 2016. Doi 10.1097/won.0000000000000281.

FELDMAN, E. L. **Treatment of diabetic neuropathy.** Waltham (MA): UpToDate, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-diabetic-neuropathy?>. Acesso em: 2 mar. 2020.

FELDMAN, M.; DAS, S. **NSAIDs (including aspirin): primary prevention of gastroduodenal toxicity.** Waltham (MA): UpToDate, 3 abr. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nsaids-including-aspirin-primary-prevention-of-gastroduodenal-toxicity>. Acesso em: 2 mar. 2020.

FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. **Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management.** 9. ed. Saunders, Philadelphia, 2010. p. 891-894.

FERNANDES, L. *et al.* EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Zürich, v. 72, n. 7, p. 1125-1135, 2013. Doi 10.1136/annrheumdis-2012-202745. Disponível em: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/72/7/1125.full.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1868.

HARDEN, N. R. *et al.* Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest Criteria”) for Complex Regional Pain Syndrome. **International Association for the Study of Pain**, Washington, v. 150, n. 2, p. 268–274, ago. 2010. doi:10.1016/j.pain.2010.04.030. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/Abstract/2010/08000/Validation_of_proposed_diagnostic_criteria__the.14.aspx. Acesso em: 2 mar. 2020.

HO, C.C.; KHAN, S. A. WHEALY, M. A. **Trigeminal neuralgia**. Waltham (MA): UpToDate, 26 jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/trigeminal-neuralgia?>. Acesso em: 2 mar. 2020.

JOHNSON, R. W.; RICE, A. S. C. Postherpetic neuralgia. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, 371, n. 16, p. 1526-1533, out. 2014. Doi 10.1056/NEJMcp1403062. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25317872/>. Acesso em: 2 mar. 2020.

KLOPPENBURG, M. *et al.* 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Zürich, v. 78, n. 1, p. 16-24, ago. 2019. Doi 10.1136/annrheumdis-2018-213826. Disponível em: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/78/1/16.full.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

KLOPPENBURG, M.; KROON, F. **Management of hand osteoarthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 19 fev. 2020. Acesso em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hand-osteoarthritis?> Acesso em: 2 mar. 2020.

LEE, S.; SMITH, A. **Survival estimates in advanced terminal cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/survival-estimates-in-advanced-terminal-cancer>. Acesso em: 2 mar. 2020.

LEXICOMP. **Penicillin G benzathine (long-acting intramuscular)**: drug information. Waltham (MA): UpToDate; c1978-2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/penicillin-g-benzathine-long-acting-intramuscular-drug-information#!>. Acesso em: 2 mar. 2020.

MAGISTRO, G. *et al.* Contemporary management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. **European Urology**, Amsterdan, v. 69, n. 2, p. 286–297, fev. 2016. Doi 10.1016/j.eururo.2015.08.061. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.08.061>. Acesso em: 2 mar. 2020.

ORTEGA, E. **Postherpetic neuralgia**. UpToDate, 31 jul. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia?>. Acesso em: 2 mar. 2020.

PASSOS, E. P. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PORTENOY, R. K.; AHMED, E.; KEILSON, Y. Y. **Cancer pain management**: adjuvant analgesics (coanalgesics). Waltham (MA): UpToDate, 11 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-adjuvant-analgesics-coanalgesics>. Acesso em: 2 mar. 2020.

PORTENOY, R. K.; MEHTA, Z.; AHMED, E. **Cancer pain management with opioids**: optimizing analgesia. Waltham (MA): UpToDate, 6 jun. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-with-opioids-optimizing-analgesia>. Acesso em: 2 mar. 2020.

PORTENOY, R. K.; DHINGRA, L. K. **Overview of cancer pain syndromes**. Waltham (MA): UpToDate, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-cancer-pain-syndromes>. Acesso em: 2 mar. 2020.

POSSO, I. de P. *et al.* **Tratado de dor**: publicação da Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. 2 v.

REES, H. *et al.* REES, J. *et al.* Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. **British Journal of Urology International**, Oxford, v. 116, n. 4, p. 509-525, 2015. Doi 10.1111/bju.13101. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bju.13101>. Acesso em: 5 mar. 2020.

ROSTOM, A.; MOAYYEDI, P.; HUNT, R. Canadian consensus guidelines on long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and the need for gastroprotection: benefits versus risks. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v. 29, n. 5, p. 481-496, jan. 2009. Doi 10.1111/j.1365-2036.2008.03905.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2036.2008.03905.x>. Acesso em: 2 mar. 2020.

RUDWALEIT, M. *et al.* The development of Assessment of Spondylo Arthritis International Society Classification Criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Zürich, v. 68, n. 6, p. 777-783, mar. 2009. Disponível em: <https://ard.bmj.com/content/68/6/777>. Acesso em: 5 mar. 2020.

SIMONS, S. M. ROBERTS, M. **Patient education**: rotator cuff tendinitis and tear (beyond the basics). Waltham (MA): UpToDate, 7 mar. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rotator-cuff-tendinitis-and-tear-beyond-the-basics>. Acesso em: 2 mar. 2020.

TU, F. F.; AS-SANIE, S. **Treatment of chronic pelvic pain in women**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., abr. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-chronic-pelvic-pain-in-women>. Acesso em: 2 mar. 2020.

WOLFE, F. *et al.* 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, Amsterdam, v. 46, n. 3, p. 319-3029, ago. 2016. Doi 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27916278>. Acesso em: 02 ma. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Neurocirurgia adulto**. ed. rev. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 10 set. 2015. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_neurocirurgia_TSRS_20160324.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Urologia adulto**. ed. rev. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 9 fev. 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Protocolos de regulação ambulatorial**: Ginecologia adulto: versão digital 2017. Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Protocolos de regulação ambulatorial**: Reumatologia: versão digital 2017. Porto Alegre: UFRGS, 2017. [ed. rev. em nov. 2015]. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_reumatologia_20170911_v01_5_cvc.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **Telecondutas**: prostatite crônica/Síndrome da Dor Pélvica Crônica: versão digital 2018. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_ProstatiteCronica.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **Palliative Performance Scale (PPSv2)**. Tradução: Maria Goretti Sales Maciel e Ricardo Tavares de Carvalho. São Paulo, 2009. [acesso restrito].

VINIK, A. I. Diabetic sensory and motor neuropathy. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 374, n. 15. p. 1455-1464, abr. 2016. [atual. em 6 jan. 2017]. Doi 10.1056/NEJMcp1503948. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1503948>. Acesso em: 2 mar. 2020.

Anexos – Quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Critérios para diagnóstico de Fibromialgia

Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se todas as condições forem atendidas:

- A. Índice de dor generalizada (IDG) ≥ 7 e uma escala de gravidade de sintomas (EGS) ≥ 5 ; ou IDG entre 4–6 e EGS ≥ 9 ;
- B. Dor generalizada, definida como dor em pelo menos 4 das 5 regiões abaixo, deve estar presente.
- C. Os sintomas estão presentes há pelo menos 3 meses;
- D. O diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de outros diagnósticos. O diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes.

Escalas:

1) Índice de Dor Generalizada (IDG – escore de 0-19): Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias:

Região superior esquerda

- mandíbula esquerda
- cintura escapular esquerda
- braço esquerdo
- antebraço esquerdo

Região superior esquerda

- mandíbula esquerda
- cintura escapular esquerda
- braço esquerdo
- antebraço esquerdo

Região Axial

- região cervical
- tórax
- abdome
- região dorsal superior
- região lombar

Região inferior esquerda

- quadril (nádega/trocânter) esquerdo
- coxa esquerda
- perna esquerda

Região inferior direita

- quadril (nádega/trocânter) direito
- coxa direita
- perna direita

2) Escala de Gravidade de Sintomas (EGS – escore de 0-12): soma de gravidade dos 3 sintomas (fadiga, sintomas cognitivos e sono não restaurador) (0-9):

| | 0 = sem alteração | 1 = alterações leves/intermitentes | 2 = problemas consideráveis, moderados, frequentes | 3 = grave, contínuo, prejudicam a vida diária. |
|----------------------|-------------------|------------------------------------|--|--|
| Fadiga | | | | |
| Sintomas cognitivos | | | | |
| Sono não restaurador | | | | |

Somado ao número dos seguintes sintomas que o paciente se sentiu incomodado nos últimos 6 meses (0-3):

- cefaleia
- dor ou cólicas abdominais
- depressão

Fonte: Wolfe et al. (2016).

Quadro 2 - Tratamento otimizado para fibromialgia

| |
|--|
| Educação em saúde |
| <p>É fundamental que o paciente entenda a doença e sua responsabilidade para o sucesso terapêutico. Orientações sobre o diagnóstico, curso da doença, plano terapêutico, controle da dor e programas de autocontrole devem ser fornecidas. Ressaltar que se trata de uma doença real, porém é importante tranquilizar quanto ao seu caráter benigno. A Sociedade Brasileira de Reumatologia disponibiliza uma cartilha com informações sobre a fibromialgia. Acesso no link: https://www.reumatologia.org.br/cartilhas/#:~:text=Fibromialgia,do%20corpo%20que%20n%C3%A3o%20doa.</p> |
| Exercícios |
| <p>Têm importância fundamental no tratamento. Devem ser fortemente encorajados. Explicar ao paciente que a dor pode ser exacerbada temporariamente ao iniciar um exercício. Atividades aeróbicas de baixo impacto (caminhada, bicicleta, natação, hidroginástica) ou de fortalecimento muscular melhoram a dor, a funcionalidade e o sono. O incremento deve ser lento, atingindo o ponto de resistência leve, não o ponto de dor, reduzindo, dessa forma, a dor induzida pelo exercício. Pequenos ganhos na rotina de exercícios (como 10 minutos ao dia) devem ser reconhecidos e parabenizados.</p> |
| Psicoterapia |
| <p>Terapia cognitivo comportamental e outras formas de psicoterapia.</p> |
| Higiene do sono |
| <p>A higiene do sono e o controle de estímulos podem e devem ser orientados por qualquer profissional da equipe de saúde. As orientações estão sintetizadas no link: https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/insonia/</p> |
| Terapia farmacológica |
| <p>Para modulação da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ciclobenzaprina 5 a 10 mg à noite usualmente, podendo aumentar conforme tolerância até 40 mg/dia (10mg pela manhã e 30mg à noite), doses altas podem provocar muita sedação; · Amitriptilina* 12,5 a 50 mg à noite; (tomar 2 horas antes de dormir para evitar sonolência excessiva ao acordar) · Fluoxetina* 20 mg pela manhã, associado à Amitriptilina 25 mg à noite; · Duloxetina* 30 a 60 mg pela manhã; · Gabapentina 300 mg à noite, aumentar conforme tolerância até 1200 a 2400 mg/dia; de 8 em 8 horas (medicação disponível no SUS mediante laudo de solicitação de medicamentos especiais para tratamento de dor crônica, CID-10 52.1 ou 52.2). · Pregabalina 75 mg à noite, com aumento gradual, doses usuais entre 150 e 300 mg/dia, podendo aumentar até 450 mg/dia; de 12 em 12 horas, (preferir se distúrbios do sono predominantes ou uso concomitante de antidepressivos); · Duloxetina* 30 a 60 mg pela manhã associado à Pregabalina 75 mg à noite, podendo aumentar a dose até 450 mg/dia. <p>Para analgesia:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Paracetamol 1 g, de 6 em 6 horas; · Dipirona 1 g, de 6 em 6 horas; · Tramadol 50 a 100 mg, de 6 em 6 horas, máximo 400 mg/dia (reduzir doses se insuficiência hepática ou renal). <p>Para distúrbios do sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se não houver melhora com Ciclobenzaprina, Amitriptilina ou Pregabalina, é possível associar Zolpidem 5 a 10 mg à noite (apesar do seu potencial de dependência e alteração de memória). <p>Não há evidência para uso de corticoides, anti-inflamatórios, codeína e benzodiazepínicos no tratamento da fibromialgia e, portanto, esses medicamentos não devem ser utilizados.</p> |

*Se comorbidades psiquiátricas presentes, como depressão e ansiedade, doses maiores podem ser usadas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 3 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

| |
|---|
| Compressão medular (cervical ou torácica) |
| Tetra ou paraparesia; |
| Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão; |
| Espasticidade; |
| Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão; |
| Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus); |
| Presença do sinal de Lhermitte; |
| Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal; |
| Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminente, na mão). |
| Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra) |
| Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica); |
| Anestesia em sela; |
| Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 4 – Dor lombar com característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

| |
|--|
| Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos |
| Início insidioso |
| Melhora com exercício |
| Sem melhora com repouso |
| Dor noturna (com melhora ao se levantar) |

Fonte: Rudwaleit (2009).

Quadro 5 - Tratamento otimizado Síndrome do Túnel do Carpo

- Uso de órtese rígida para o punho, especialmente durante o período de maior sintomatologia (usualmente à noite);
- Fisioterapia/protocolos de exercício e mobilização do carpo;
- Uso de corticoides por via oral (p.ex. prednisona 10 mg, de 12 em 12 horas, por 14 dias);
- Uso de corticoides por injeção local (p.ex. acetato de metilprednisolona 20 a 40 mg) – há pequeno risco de lesão direta do nervo bem como do desenvolvimento de fibrose.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 6 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite

| Sintomas | |
|--------------------------|--|
| Dor | <ul style="list-style-type: none"> · Afeta uma ou poucas articulações · Início insidioso e progressão lenta por anos · Intensidade variável · Pode ser intermitente · Piora com as atividades e melhora com o repouso · Dor noturna nos quadros graves |
| Rigidez | <ul style="list-style-type: none"> · Duração curta (< 30 minutos) pela manhã ou após o repouso |
| Sintomas constitucionais | <ul style="list-style-type: none"> · Ausentes |
| Exame físico | |
| Inspeção | <ul style="list-style-type: none"> · Aumento de volume: pode haver aumento de volume ósseo da articulação, edema e deformidades, principalmente na osteoartrite nodal (nódulos de Heberden e Bouchard) · Alinhamento articular · Atrofia muscular |
| Palpação | <ul style="list-style-type: none"> · Ausência de calor · Aumento de volume (se presença de derrame articular, normalmente é pequeno e frio) · Dor à palpação de linha articular · Dor à palpação periarticular (principalmente em quadris e joelhos) |
| Amplitude de movimento | <ul style="list-style-type: none"> · Crepitação · Redução da amplitude de movimento · Dor à mobilização · Fraqueza muscular |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Doherty (2019).

Quadro 7 - Tratamento para osteoartrite**Osteoartrite de mãos:**

- Preferir tratamento tópico no manejo inicial (capsaicina ou anti-inflamatórios não esteróides - AINE).
- Usar órteses para imobilização articular em períodos de maior dor (usada principalmente para base do polegar)
- Exercícios realizados em casa (apertar esponja na água morna).

Osteoartrite de joelhos e quadril:

Tratamento tópico no manejo inicial da osteoartrite de joelho (capsaicina ou AINE).

- Perda de pelo menos 10% do peso corporal em indivíduos com sobrepeso/obesidade.
- Exercícios físicos e fisioterapia:
- fortalecimento muscular (musculação, treinamento funcional, ginástica localizada);
- exercício aeróbico de baixo impacto (hidroginástica, caminhadas leves, ciclismo);
- treinamento de flexibilidade (alongamentos).
- Uso de auxílio para deambular em casos graves (muletas, bengalas, andadores).

Osteoartrite de ombro (fase aguda):

- Evitar elevação dos braços acima da cabeça
- Prescrever anti-inflamatórios não esteroides.
- Aplicar calor úmido ao ombro doloroso por 10 a 15 minutos.
- Fazer exercício de pêndulo com peso diariamente por 5 minutos após aplicação de calor (ver [figura 1](#)).
- Fazer exercícios de alongamento passivo em todos os eixos articulares do ombro, especialmente na direção em que o paciente apresente maior perda de função.

Osteoartrite de ombro (fase crônica):

- Exercícios de fortalecimento do manguito rotador (ver [figura 2](#)).

Tratamento farmacológico:

Tópico: Indicado para acometimento de uma ou poucas articulações (especialmente joelho e/ou mão)

- Capsaicina tópica 0,025% a 0,075%: aplicar na região dolorosa até 4 vezes ao dia (uso limitado por efeitos adversos locais).
- Anti-inflamatórios não esteróides (AINES) tópicos: cetoprofeno gel OU diclofenaco gel, até 4 vezes ao dia.
- Sistêmico:
- Anti-inflamatórios não esteróides (AINES) sistêmicos não seletivos (usar sempre a menor dose necessária para controlar os sintomas):
- ibuprofeno 600 mg, de 8 em 8 horas OU
- diclofenaco sódico ou potássico 50 mg, de 8 em 8 horas OU
- diclofenaco colestiramina 70 mg, de 12 em 12 horas OU
- cetoprofeno 50 mg, de 6 em 6 horas OU
- naproxeno 500 mg, de 12 em 12 horas OU
- meloxicam 7,5 mg ao dia, podendo aumentar para 15 mg ao dia OU
- nimesulida 100 mg, de 12 em 12 horas.
- Pode-se associar inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica, se necessário, especialmente em pacientes idosos, em pessoas com história prévia de doença ulcerosa péptica ou uso concomitante de medicações que aumentam risco de complicações gastrointestinais (AAS, corticoide oral, anticoagulantes, inibidores seletivos da recaptção da serotonina).
- Anti-inflamatórios não esteróides (AINES) sistêmicos COX-2 seletivos: celecoxibe 200 mg/dia, podendo ser dividido em duas tomadas diárias. Preferidos para pacientes que necessitem de gastroproteção.
- Paracetamol: até 1 g de 6/6 horas.

- Dipirona: até 1 g de 6/6 horas.
- Doluxetina: iniciar 30 mg/dia por uma semana e aumentar a dose para 60 mg/dia na semana seguinte. Medicamento de escolha para pacientes com resposta inadequada ou com contraindicação ao uso de AINE.

Não se recomenda rotineiramente:

- suplementação com glucosamina e condroitina;
- massagens;
- infiltração com corticoide intra-articular (exceto em casos específicos, pois o alívio da dor é leve-moderado e o efeito de curta-duração);
- corticoide sistêmico (oral ou parenteral);
- antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina);
- anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

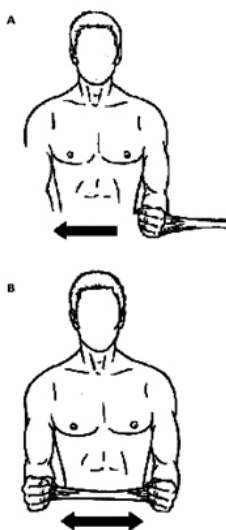
Figura 1 - Exercício do pêndulo com peso



Segurar um peso de 3 a 5 kg levemente pela mão. Os músculos do ombro devem ficar relaxados. O braço deve ser mantido na posição vertical e próximo ao corpo. Devem ser feitos movimentos circulares com amplitude de até 30 cm. O exercício também pode ser feito com o paciente sentado. Não deve ser feito por pessoas com separação acromioclavicular, deslocamento glenohumeral ou hiper mobilidade articular.

Fonte: Anderson (2018).

Figura 2 - Exercícios de fortalecimento do manguito rotador



A: A rotação interna isométrica é feita mantendo-se os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços juntos ao corpo. A banda elástica é amarrada em uma barra ou em uma maçaneta e segurada com a mão. O antebraço move-se lentamente 5 a 7 cm em direção ao corpo e a posição é mantida por cinco segundos. A mão não deve rotar enquanto o antebraço se move.

B: A rotação externa isométrica é feita com os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços junto ao corpo. A banda elástica é segurada com as mãos. Os antebraços são movidos 5 a 7 cm para fora e mantidos nessa posição por cinco segundos.

Ambos os exercícios devem ser feitos diariamente em séries de 15 a 20 repetições, cada uma mantida por cinco segundos.

Fonte: Simons e Roberts (2019).

Quadro 8 - Tratamento clínico otimizado para dor crônica neuropática

| Medicamento | Dose inicial | Dose de manutenção | Efeitos adversos | Uso cauteloso |
|--|--------------|---|---|---|
| Amitriptilina * ‡ | 10 mg | 25-150 mg à noite. (aumento gradativo a cada 3-7 dias) | Sedação, boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, hipotensão postural, tontura. | Idosos, glaucoma, cardiopatas, distúrbios da motilidade gastrointestinal, hiperplasia prostática benigna, paciente em uso de outros medicamentos sedativos. |
| Nortriptilina * ‡ | 10-25 mg | 25-150 mg à noite. (aumento gradativo a cada 3-7 dias) | *Nortriptilina possui efeitos adversos menos intensos que a amitriptilina. | |
| Gabapentina * ‡ | 300 mg | 900-3.600 mg/dia divididos em 3 doses | Ganho de peso, sedação, vertigem/tontura, edema periférico | Doença renal crônica. |
| Pregabalina * ‡ | 50-75 mg | 300-600 mg/dia dividido em 2x/dia. (aumento gradativo a cada 3-7 dias) | | |
| Duloxetina * | 30 mg | 60-120 mg/dia | Náusea, sonolência, vertigem, dispepsia, constipação, anorexia, constipação, cefaleia, fadiga, xerostomia, insônia. | Transtorno de humor bipolar. |
| Venlafaxina * | 37,5 mg | 75-225 mg/dia (aumento gradativo a cada semana) | | |
| <p>Obs 1. Quando persiste a dor após o uso de dose otimizada de 1 dos medicamentos, pode ser associado um segundo medicamento de classe diferente.</p> <p>Obs 2. Na dor leve por neuralgia pós-herpética ou na dor refrataria por neuropatia diabética podem ser usados medicamentos tópicos como Capsaicina 0,075% ou emplastro de Lidocaína 5%.</p> <p>Obs 3. O uso de opioides deve ser reservado a casos específicos e por curto período de tempo.</p> <p>Obs 4. A terapia de primeira linha para tratamento de neuralgia do trigêmeo é carbamazepina, de 200 a 1.200 mg/dia ou oxcarbazepina, de 600 a 1.800 mg/dia.</p> <p>* Terapia de primeira linha para tratamento de Neuropatia Diabética. ‡ Terapia de primeira linha para tratamento de Neuralgia Pós-herpética.</p> | | | | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 10 – Suspeita de cistite intersticial

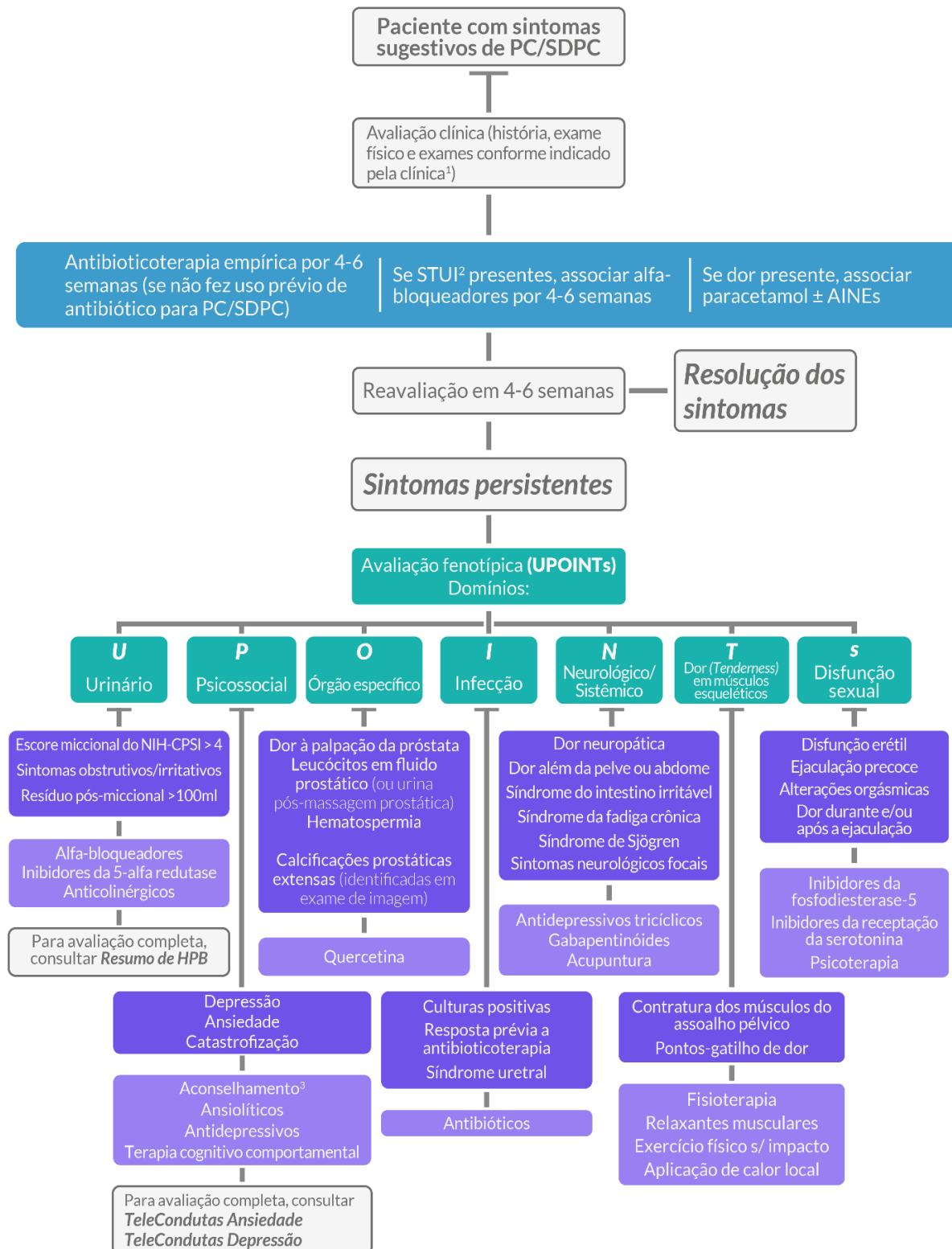
Diagnóstico: Sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) percebida como relacionada à bexiga urinária, associada a sintomas do trato urinário inferior por mais de seis semanas, na ausência de infecção ou outras causas identificáveis. A dor associada ao enchimento da bexiga e aliviada pelo esvaziamento, além de sensibilidade pélvica no exame, são características frequentemente encontradas.

Sintomas frequentes:

- frequência miccional aumentada durante o dia (> 7 micções em vigília);
- urgência urinária;
- noctúria (≥ 2 micções por noite);
- disúria;
- dor pélvica ou perineal na ausência de infecção ou outra causa identificável;
- dispareunia, ardência ou dor localizada na vagina, pelve ou região suprapúbica;
- depressão.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Clemens (2019) e Dynamed (2018f).

Figura 3 – Fluxograma para tratamento da Prostatite Crônica/Síndrome da Dor Pélvica Crônica masculina



¹ Mínimo necessário: EQU e urocultura

² STUI: Sintomas do Trato Urinário Inferior

³ Educação sobre o diagnóstico e mecanismos da dor crônica (ver Quadro 2)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Magistro *et al.* (2016) e Rees *et al.* (2015).

Quadro 11 - Diagnóstico de Síndrome Dolorosa Complexa Regional

Definição: É um distúrbio de uma região do corpo, geralmente dos membros distais, que se caracteriza por dor, edema, limitação de movimento, instabilidade vasomotora, alterações da pele e fâneros e desmineralização óssea irregular. Frequentemente começa após um evento desencadeante como fratura, lesão de tecidos moles ou cirurgia.

Critérios diagnósticos de Budapeste:

- Dor contínua, que é desproporcional ao evento desencadeante; e
- Evidência de pelo menos **1 sintoma** em **três ou mais** categorias; e
- Evidência de pelo menos **1 sinal clínico** em **duas ou mais** categorias, à data da observação; e
- Ausência de outro diagnóstico que melhor justifique o quadro clínico.

Categorias:

- Sensitiva:* alodinia (ao toque leve/temperatura, pressão somática profunda ou movimento articular) e/ou hiperestesia (à picada);
- Vasomotora:* assimetria de temperatura ($> 1^{\circ} \text{C}$) e/ou assimetria de cor da pele, alterações da cor da pele;
- Autônômica:* edema, alterações na sudorese, assimetria na sudorese;
- Motora/trófica:* diminuição da amplitude de movimento, disfunção motora (fraqueza, tremor ou distonia) e/ou alterações tróficas (no cabelo, em unhas ou na pele).

Fonte: TelessaúdeRS (2020), adaptado de Harden *et al.* (2010).

Quadro 12 – Analgesia em dor oncológica conforme intensidade da dor (adultos)

| Escala | Analgésico | Apresentações mais comuns | Posologia | Dose máxima diária | Considerações sobre efeitos colaterais / Eficácia |
|------------------------|--|--|---|---|--|
| Dor leve | Analgésicos não opioides | | | | |
| | Dipirona | Comprimidos com 500 e 1000mg Solução oral 500mg/mL Ampola de 2mL com 500mg/mL | 500 a 1000 mg VO ou EV 6/6h | 4 g/24h | Frequência não definida: Agranulocitose, neutropenia, trombocitopenia, anemia aplásica |
| | Paracetamol | Comprimidos com 500 e 750mg Solução gts 200mg/mL | 500 a 1000 mg VO 6/6h | 4 g/24h | Frequência não definida: Dano hepático (aumento da fosfatase alcalina e das bilirrubinas), nefrotoxicidade (overdose crônica) |
| | Ibuprofeno | Comprimidos com 200, 300 e 600mg Suspensão oral 50mg/mL | 200 a 800mg VO 6/6h a 8/8h | 2,4 g/24h | Os AINEs podem ser especialmente úteis em pacientes dor óssea ou dor relacionada a lesões grosseiramente inflamatórias, limitado pelos efeitos adversos, como sintomas gastrointestinais, dano renal, com risco de nefrite intersticial. |
| | Naproxeno | Comprimidos com 250 e 500mg | 250 a 500mg VO 12/12h | 1 g/24h | |
| Dor moderada | Opioides fracos | | | | |
| | Codeína | Comprimidos com 30 e 60mg Solução oral 3mg/mL | 15 a 60mg VO 4/4 h | 360mg/24h | Constipação, náuseas e vômitos, tontura e sonolência. A constipação é mais prevalente com codeína do que com outros opioides. |
| | Tramadol | Cápsulas com 50 e 100mg Solução oral 50 e 100mg/mL Ampola com 50 e 100mg | 25 a 100 mg VO 6/6 h | 400mg/24h | Causa menos constipação intestinal, depressão respiratória e dependência do que outros opioides em doses analgésicas equipotentes. |
| Dor forte | Opioides fortes | | | | |
| | Os efeitos adversos comuns dos opioides incluem sedação, náuseas, vômitos, constipação, tontura, depressão respiratória, dependência física e tolerância. | | | | |
| | Morfina* \$ | Comprimidos com 10 e 30mg Comprimido liberação cronogramada 30, 60 e 100mg Solução oral 10mg/mL Ampola de 1mL com 10mg/mL | Oral: 5mg VO 4/4h Oral LC: 30 a 100mg 12/12h EV/SC: 2,5 a 15mg 4/4h | Não há | Uso cauteloso na presença de insuficiência renal, em pacientes com comprometimento pulmonar agudo, asma, aumento da pressão intracraniana e insuficiência hepática. |
| | Metadona \$\$ | Comprimidos com 5 e 10mg Ampola de 1mL com 10mg/mL | 2,5mg a cada 6 a 8h (incrementos de 2,5mg a cada 4 a 7 dias, até dose estável de manutenção, quando intervalo pode ser aumentado para 12 até 24h) | Não há | Apresenta menor potencial de dependência, menos euforia e sedação do que a maioria dos outros opioides. É uma opção em pacientes com insuficiência renal que apresentam sonolência ou delírio com a morfina. Devido à sua meia-vida de eliminação ser extremamente variável (3 a 128 h) e farmacocinética complexa, deve ser usada somente por profissionais com experiência no seu uso ou sob supervisão de especialista. |
| | Oxicodona \$\$\$\$ | Comprimido revestido liberação cronogramada 10, 20 e 40mg | 10mg VO 12/12h | Não há | Uma recente revisão sistemática da oxicodona na dor oncológica concluiu que não há evidência de diferença significativa na analgesia ou efeitos adversos entre oxicodona e morfina. |
| Fentanil \$\$\$\$\$ | Adesivo transdérmico (patch) 12, 25, 50, 75 e 100mcg Frasco-ampola com 2mL de 50mcg/mL | 12,5mcg/h 72/72h | Não há | Pode ser usado em pacientes com insuficiência renal e nos pacientes em diálise, com cuidado quanto à titulação de sua dose. É o opioide que menos provoca constipação intestinal. | |

\$ aprox R\$ 40,00 (50cp 10mg); \$\$ aprox R\$ 70,00 (40cp 10mg) \$\$\$ aprox R\$ 300,00 (30cp 10mg) \$\$\$\$\$ aprox 400,00 10 adesivos

* Estudos recentes mostram que a morfina também pode ser usada em baixas doses para dor moderada (doses ≤ 30 mg/dia), em substituição aos opioides fracos como codeína e tramadol.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 13 – Principais fármacos adjuvantes para dor oncológica

| Classe | Exemplos | Considerações sobre o uso |
|---------------------------|---|---|
| Antidepressivos | Tricíclicos Amitriptilina: 25mg a 75mg/dia Nortriptilina: 25mg a 150mg/dia Imipramina: 10, 25 e 75mg/dia | Não recomendado para o paciente com glaucoma de ângulo estreito e arritmias cardíacas. |
| | Duloxetina: 30mg a 120mg/dia | Fortes evidências sobre os efeitos analgésicos. Menores efeitos anticolinérgicos e risco cardiovascular que os tricíclicos. Alto custo. |
| | Venlafaxina: 75mg a 225 mg/dia | |
| | Fluoxetina: 10 a 80mg/dia | Bom efeito ansiolítico. Pouca evidência sobre a eficácia analgésica dessa classe. |
| | Bupropiona: 100mg a 150mg/dia (máx. 300mg/dia) | Evidência de eficácia para dor neuropática. Menor risco de sonolência e pouco interfere na libido. Bons resultados com fadiga. Deve ser evitada em pacientes com risco de convulsões. |
| Anticonvulsivantes | Gabapentina: 300mg a 900mg/dia inicialmente (máx. 3600mg/dia) | Os anticonvulsivantes são amplamente utilizados no manejo da dor neuropática caracterizada como lancinante, paroxística, em queimação, agulhada, choque ou formigamento. |
| | Carbamazepina: 100 a 200mg/dia inicialmente (máx. 1600mg/dia) | |
| | Pregabalina: 150mg a 300mg/dia inicialmente (máx. 600mg/dia) | |
| Glicocorticoides | Dexametasona: 4 a 20mg/dia | Indicados para neoplasias com infiltração de estruturas nervosas (compressão epidural e intracraniana), metástases ósseas, obstrução intestinal, além de favorecer o controle de náuseas, melhora do apetite e qualidade de vida por curto prazo. |
| | Prednisona: 5 a 20mg/dia | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Carvalho e Parsons (2012) e Portenoy, Mehta e Ahmed (2019).

**Quadro 14 - Escala de performance funcional em cuidados paliativos (Palliative Performance Scale – (PPSv2)**

| % | Deambulação | Atividade e evidência de doença | Autocuidado | Ingesta | Nível de consciência |
|-----|---|---|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 100 | Completa | Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença | Completo | Normal | Completo |
| 90 | Completa | Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença | Completo | Normal | Completo |
| 80 | Completa | Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença | Completo | Normal ou reduzida | Completo |
| 70 | Reduzida | Incapaz para o trabalho, doença significativa | Completo | Normal ou reduzida | Completo |
| 60 | Reduzida | Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa | Assistência ocasional | Normal ou reduzida | Completo ou períodos de confusão |
| 50 | Maior parte do tempo sentado ou deitado | Incapaz para qualquer trabalho, doença extensa | Assistência considerável | Normal ou reduzida | Completo ou períodos de confusão |
| 40 | Maior parte do tempo acamado | Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa | Assistência quase completa | Normal ou reduzida | Completo ou sonolência, +/- confusão |
| 30 | Totalmente acamado | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa | Dependência completa | Normal ou reduzida | Completo ou sonolência, +/- confusão |
| 20 | Totalmente acamado | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa | Dependência completa | Mínima a pequenos goles | Completo ou sonolência, +/- confusão |
| 10 | Totalmente acamado | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa | Dependência completa | Cuidados com a boca | Sonolência ou coma, +/- confusão |
| 0 | Morte | - | - | - | - |

Fonte: Victoria Hospice Society (2009).

Quadro 15 - Classificação das lesões por pressão segundo NPUAP.

| Lesão por pressão | Definição |
|--------------------------|--|
| Estágio 1 | Pele íntegra com eritema que não embranquece. |
| Estágio 2 | Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. |
| Estágio 3 | Perda da pele em sua espessura total. |
| Estágio 4 | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. |
| Não classificável | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. |
| Tissular profunda | Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Edsberg *et al.* (2016).

Quadro 16 - Critérios Diagnósticos para Transtorno por Uso de Opioides (DSM-5.0)

Padrão problemático de uso de opioides, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Os opioides são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de opioides.
3. Muito tempo é dedicado a atividades necessárias para obtenção do opioide, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides.
5. Uso recorrente de opioides resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de opioides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de opioides.
8. Uso recorrente de opioides em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de opioides é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opioide.
Nota: esse critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides se dá unicamente sob supervisão médica adequada.
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - c. Síndrome de abstinência característica de opioides.
 - i. Cessação ou redução do uso pesado e prolongado de opioides (algumas semanas ou mais) OU
 - ii. Administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opioides
 - iii. Três ou mais dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após algum dos eventos descritos anteriormente: humor disfórico, náuseas ou vômito, dores musculares, lacrimejamento ou rinorreia, midríase, piloereção ou sudorese, diarreia, bocejos, febre ou insônia.
 - d. Opioides (ou uma substância estreitamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Fonte: American Psychiatric Association (2013).