



**Elaboração de guia de referência rápida para o
manejo de dor crônica primária na Atenção Primária
à Saúde do município de Campo Grande – MS**

Débora Karina Ramirez Ortega

Elaboração de guia de referência rápida para o manejo de dor crônica primária na Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande – MS

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médica de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/Fiocruz.

Orientadora: Camilla Silva e Silva, Especialista em Medicina da Família e Comunidade

Campo Grande
2022

RESUMO

ORTEGA, Débora Karina Ramirez. ***Elaboração de guia de referência rápida para o manejo de dor crônica primária na Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande – MS***. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A dor crônica (DC) é uma entidade complexa e multidimensional, perfazendo cerca de 22% de todas as consultas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). A dor crônica primária (DCP) é um subtipo de DC de classificação recente, e tem literatura escassa. Não existem protocolos brasileiros para o manejo de DCP. Frente a isso, este trabalho teve como objetivo elaborar um guia de referência rápida para o manejo de DCP na APS do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A metodologia escolhida foi revisão crítica da literatura encontrada sobre “Atenção Primária à Saúde”, “Dor”, “Dor Crônica”, “Dor Crônica Primária” e “Dor Intratável”, selecionando-se artigos que contemplasse os requisitos de inclusão. O guia, como resultado, aborda, em resumo: DCP, avaliação clínica, método clínico centrado na pessoa, ferramentas diagnósticas, elaboração conjunta do plano terapêutico e tratamento. Terapias sugeridas para DCP no guia resultaram da extrapolação de evidências científicas encontradas para outras condições dolorosas. Após levantamento de referencial teórico e produção do guia, pode-se admitir que a DCP é condição de difícil abordagem, especialmente dada a escassez científica disponível. Ensaio específicos para DCP são raros, o que impossibilita realizar recomendação formal quanto às intervenções elencadas no guia. Cabe ao leitor fazer análise crítica do conteúdo apresentado no guia. Por fim, o médico de família e comunidade deve ser autossuficiente na sua busca pelas melhores evidências disponíveis, mas é preciso frisar que a indisponibilidade de medicamentos ou outras intervenções na rede pública limitam sobremaneira o escopo de prática do médico.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, dor, dor crônica, dor crônica primária e dor intratável.

ABSTRACT

ORTEGA, Débora Karina Ramirez. *Development of a quick reference guide for the management of chronic primary pain in Primary Health Care, in the city of Campo Grande – MS*. Monograph for specialist title in Family Medicine, Family Medicine residency program offered by the Municipal Health Department/Fiocruz from Campo Grande.

Chronic pain (CP) is a complex, multidimensional entity, accounting up to 22% of consultations in Primary Health Care (PHC). Chronic primary pain (CPC) is a newly classified subtype of CP, and the literature available around this condition is scarce. There are no Brazilian protocols for the management of CPC. In view of this, this study aimed at creating a quick reference guide for the management of CPC in PHC, in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The chosen method was critical revision of literature found in “Primary Health Care”, “Pain”, “Chronic Pain”, “Chronic Primary Pain” and “Intractable Pain”, selecting articles that met the criteria for inclusion. The resulting guide covers, in summary: CPC, assessment, person-centered care approach, joint elaboration of the therapeutic plan and treatment. Suggested therapies made on the guide resulted from the extrapolation of evidence found on other painful conditions. After surveying the scientific data gathered for the guide elaboration, it is possible to admit that CPC is a condition of difficult assessment, specially given the scarcity of data. Specific trials on CPC are rare, making it impossible to formally recommend any intervention mentioned in the guide. It is up to the reader to evaluate in a critical manner the content presented. Finally, the family doctor must be self-sufficient in their search for the best evidence available, but it must be emphasized that the unavailability of pharmaceuticals and interventions offered by the public health system greatly limit the scope of clinical practice offered by the physician.

Key words: primary health care, pain, chronic pain, chronic primary pain and intractable pain.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Manejo farmacológico – relação de doses e esquemas.....página 26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
BDZ	Benzodiazepínicos
AINE	Anti-inflamatório Não-Esteroidal
AINEo	Anti-Inflamatórios Não-Esteroidais Orais
AINEs	Anti-Inflamatórios Não-Esteroidais
AINEt	Anti-Inflamatórios Não-Esteroidais Tópicos
APS	ATENÇÃO PRIMMÁRIA À SAÚDE
cIC	Instituto Cochrane (comitê)
CID-11	Classificação Internacional de Doenças, versão 11
cNICE	NICE (comitê)
DC	Dor Crônica
DCP	Dor Crônica Primária
GRR-DCP	Guia de Referência Rápida para Dor Crônica Primária
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IRSN	Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
LANSS	<i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i>
MCCP	Método Clínico Centrado Na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCDT-DC	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dor Crônica
TC	Terapia Comportamental
TCC	Terapia Cognitiva-Comportamental
TdR	Tratamento de Rotina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	4
3 OBJETIVO PRIMÁRIO	5
4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	6
5 MÉTODOS	7
6 REFERENCIAL TEÓRICO	8
6.1 Mecanismos fisiopatológicos de dor	8
6.2 Definição e classificação de dor crônica primária	8
6.3 Avaliação do paciente com dor crônica primária	9
6.4 Ferramentas e questionários	10
6.5 Manejo do paciente com dor crônica primária	11
6.6 Manejo não-farmacológico	12
6.6.1. Educação ao paciente	13
6.6.2. Psicoterapia.....	13
6.6.3. Atividade física	15
6.6.4. Acupuntura	16
6.6.5. Ultrassom terapêutico.....	17
6.7 Manejo farmacológico	18
6.7.1. Paracetamol	18
6.7.2. Dipirona	18
6.7.3. Anti-inflamatórios não-esteroidais	19
6.7.4. Corticosteroides	20
6.7.5. Antidepressivos	21
6.7.6. Opioides	23
6.7.7. Benzodiazepínicos	24
6.7.8. Anticonvulsivantes.....	25

6.7.9. Manejo farmacológico – relação de doses e esquemas.....	26
7 RESULTADOS.....	27
8 DISCUSSÃO.....	28
9 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXOS.....	36
ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (OLIVEIRA, 2020).....	36
ANEXO B – INVENTÁRIO BREVE DE DOR (FERREIRA et al., 2011).....	37
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL (CAUMO et al., 2017).....	39
ANEXO D – LEEDS ASSESSMENT OF NEUROPATHIC SYMPTONS AND SIGNS (LANSS) (SCHESTATSKY ET AL., 2011).....	41
ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).....	42
ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS (SARDÁ JR., 2010).....	45

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com, ou parecida àquela relacionada a dano tecidual potencial ou real. Pode ser classificada quanto a sua temporalidade (aguda ou crônica, se superior a 3 meses de duração) e presença de fator causal ou desencadeador (primária, quando o fator causal não é identificado, ou secundária) (NICHOLAS et al., 2019). Ela possui diversas dimensões: sensorial – como dói e quanto dói; emocional: o quão desagradável foi aquela experiência; e cognitiva: como a dor é interpretada de acordo com experiências anteriores – se causa medo ou ansiedade, e como o indivíduo afligido responde frente à ameaça representada pela dor (CROFFORD, 2015).

Como a dor é percebida em indivíduos diferentes depende de vários fatores, incluindo genéticos, ambientais, culturais e sociais, apresentando diferentes significados em diferentes culturas e circunstâncias sociais. O contexto em que a dor surge também influencia na sua percepção. A dor gerada agudamente, por exemplo, após uma fratura óssea, é esperada e mais bem tolerada do que aquela de início insidioso, obscuro, causada por mecanismos ou patologias ocultos. (BALOH, 2019).

A dor persistente, definida como dor crônica (DC) quando tem duração superior a 3 meses, talvez seja um dos sintomas que mais cause medo e aversão (NICHOLAS et al., 2019). O médico, como indivíduo, teme a DC, que demanda atenção e entremete-se em todos os aspectos da vida de uma pessoa. Como profissional da saúde, ele sente aversão à DC, queixa esta que mais traz pessoas ao consultório e, ao mesmo tempo, a que mais suscita, no médico, sentimento de impotência frente a sua capacidade curativa (CROFFORD, 2015).

A DC não costuma ser entidade patológica exclusiva naqueles afligidos por esta condição. Sua presença é associada com aumento significativo na morbidade e mortalidade (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016), e estudos sobre multimorbidade estabelecem a DC como uma das afecções que mais comumente ocorre em conjunto a outras condições de longa duração, onde 88% daqueles com DC também apresentam outra afecção crônica (BARNETT et al., 2012). Ademais, a DC apresenta associação significativa com mortalidade por todas as causas, mas especialmente de ordem cardiovascular, e a presença da DC deve ser vista como um marcador de risco para mortalidade prematura (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016).

Estimativas globais sobre a epidemiologia para DC apontam que cerca de 10% dos adultos são diagnosticados com DC todo ano (CARVALHO et al., 2018), e que cerca de 60 milhões de pessoas sofrem de DC (AGUIAR et al., 2021). No Brasil, revisão sistemática de 2021 encontrou que 45,59% da população brasileira sofre de dor crônica primária (DCP), que é predominante em mulheres, tanto adultas quanto idosas. Nessa mesma revisão, viu-se que a região de maior prevalência de dor crônica foi o Centro-Oeste (AGUIAR et al., 2021).

Em outro estudo de prevalência realizado através de questionário na internet, em 2018, foi observado um aumento da prevalência de DC concomitante ao envelhecimento (CARVALHO et al., 2018), sugerindo-se que o aumento da prevalência na quarta ou quinta década de vida pode ser associado com a progressão de mudanças degenerativas no sistema musculoesquelético (MITCHELL, 2001). Neste estudo de 2018, foi observado que as principais causas de dor crônica no Brasil são dor nas costas, artrite reumatoide, cefaleias e osteoartrites, sendo que a dor nas costas é a localização mais comum (35%).

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por servir como porta da entrada para o usuário dentro de um sistema de saúde, de modo longitudinal, integral e coordenado entre os diferentes níveis de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Dor é um dos principais motivos que faz as pessoas procurarem atendimento médico (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016), e alguns estudos sugerem que cerca de 22% de todas as consultas na APS são devido a dor (MÄNTYSELKÄ, 2003). Pacientes com DC procuram atendimento cerca de duas vezes que pacientes sem dor, e usam mais serviços de urgência ou fazem mais consultas não programadas quando em comparação a pessoas sem dor, o que pode resultar num cuidado baseado em decisões a curto prazo no lugar avaliações clínicas do quadro doloroso como um todo. (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016)

Frente a este panorama exposto, vê-se a DC como uma entidade complexa e de relevância inquestionável aos profissionais atuantes na APS. Ela exige, desde o primeiro contato com o paciente com dor, uma escuta ativa, qualificada e compassiva, onde o paciente é visto em sua totalidade, suas vivências são valorizadas e suas necessidades assistidas. O profissional da APS ser capaz de compreender o caráter multidimensional da DC e como ela se expressa na vida daquela pessoa, bem como elaborar um plano conjunto de cuidado, individualizado e coerente as necessidades daquele usuário.

É possível encontrar uma vasta literatura disponível para o manejo dos diversos tipos de DC, geralmente baseado no mecanismo envolvido para a geração da dor. Contudo, após atualizações na classificação de DC, a literatura atual tornou-se obsoleta: a última versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada em 2019, traz uma definição revisada e atualizada para DC, onde a maior e mais importante mudança diz respeito da introdução da Dor Crônica Primária (DCP) como condição diagnosticável. Embora considerações acerca da existência de uma condição dolorosa persistente e primária (isto é, quando o agente causal não foi identificado) já existisse antes da formalização da DCP, a literatura científica acerca de terapias específicas para DCP é escassa.

Por ser anterior ao CID-11, a atual diretriz brasileira para manejo de DC (publicada em 2014) não inclui DCP no manejo, mas também não considera condições dolorosas primárias. Assim, o objetivo deste trabalho de conclusão de residência incluiu a realização de levantamento de referencial teórico de revisões sistemáticas e ensaios disponíveis para DC e DCP, que resultou como produto a criação de um guia de referência rápida para dor crônica primária (GRR-DCP) na APS.

Então, O GRR-DCP pretende orientar prescritores e profissionais da saúde quanto a escalas e ferramentas diagnósticas disponíveis, validadas para o território brasileiro, assim como prover estratégias de tratamento baseadas no guia supracitado, de forma atualizada e contendo também práticas integrativas e complementares oferecidas pelo município de Campo Grande.

2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Qual é a melhor proposta terapêutica disponível, atualizada e individualizada para pacientes com dor crônica primária, em uma unidade de saúde de família do município de Campo Grande?

3 OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar um guia rápido de referência para abordagem, diagnóstico e tratamento de pacientes com quadro de dor crônica primária, voltado para a Atenção Primária em Saúde do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Elencar instrumentos para caracterização, diagnóstico e diagnóstico diferencial de pacientes em investigação de dor de duração superior a 3 meses;

Abordar medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas para pacientes com diagnóstico de dor crônica, a nível de Atenção Primária em Saúde;

Reforçar a necessidade de acompanhamento longitudinal de pacientes em tratamento para dor crônica primária, prevendo reavaliações programadas e revisões de terapias em curso.

5 MÉTODOS

Este estudo foi realizado em Campo Grande – MS, em forma de revisão crítica de literatura, objetivando elaborar um guia de referência rápida para consulta por profissionais de nível superior da rede de atenção primária deste município.

Os trabalhos foram buscados nas bases de dados digitais de Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), US National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cochrane (organização médica de pesquisa e grupos de revisão sistemática), e manuais, documentos ou protocolos vigentes publicados pelo Ministério da Saúde (MS) e sociedades brasileiras médicas, além de última diretriz publicada pela *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), baseada nas classificações de dor disponíveis no CID-11. Outros trabalhos de interesse ao tema foram incluídos, e serão sinalizados e justificados caso sejam citados.

Os trabalhos foram selecionados a partir de dados encontrados em fontes digitais, com a utilização dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care), Dor (Dor), Dor Crônica (Chronic Pain), Dor Crônica Primária (Chronic Primary Pain) e Dor Intratável (Pain, Intractable).

Os trabalhos elegidos atenderam aos seguintes critérios: artigos com texto completos disponíveis em fontes digitais, em português ou inglês, publicados entre 2002 e 2022 e que responderam à pergunta norteadora.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Mecanismos fisiopatológicos de dor

A avaliação da dor procura determinar se há fator causal, qual ou quais os prováveis mecanismos fisiopatológicos envolvidos na geração ou perpetuação da dor e como este evento doloroso se expressa no paciente. A dor aguda possivelmente surge a partir de lesão tecidual, chamada de dor nociceptiva, que inicia a partir de dano real ou potencial a tecidos não nervosos, com a ativação de nociceptores. A dor neuropática, por sua vez, origina de dor causada por lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, que deve ser observável em exames ou atribuível a doenças que satisfaçam as investigações diagnósticas. Quando a extensão da dor ou a intensidade desta não são facilmente explicáveis por avaliação do tecido lesionado, é possível atribuir amplificação ou manutenção da dor por via central (CROFFORD, 2015).

Um terceiro mecanismo de dor, chamado de dor nociplástica, vem sendo sugerido. Supõe-se que, embora os mecanismos envolvidos não sejam bem compreendidos, a dor nociplástica seria advinda de uma nocicepção alterada, e pode ter relação com aumento da dor do sistema nervoso central, processamento sensorial e alteração na modulação da dor. A dor nociplástica seria multifocal, mas generalizada e/ou de maior intensidade do que seria esperado para uma dada lesão tecidual ou nervosa, e seria associada a sintomas de origem central (fadiga e alterações no sono, memória e humor) (FITZCHARLES et al., 2021).

A dor crônica, por sua vez, era anteriormente considerada uma dor que se prolonga além do tempo necessário para cura (BONICA, 1953). Os mecanismos envolvidos na perpetuação podem envolver qualquer combinação de mecanismos algícos, como nociceptivo, neuropático ou central (CROFFORD, 2015).

6.2 Definição e classificação de dor crônica primária

Uma nova proposta para diagnóstico de dor crônica sugerida pelo *International Association for the Study of Pain* (IASP) para a Classificação Internacional de Doenças, versão 11 (CID-11) é que a DC é aquela que tem uma duração superior a 3

meses, associada com importante sofrimento emocional e/ou incapacidade funcional, sendo esta dor não mais bem explicada por outra condição (WHO, 2019).

A DC, então, é classificada de acordo com a presença ou não de fator causal ou desencadeador, contemplando: dor crônica primária (DCP), dor crônica relacionada ao câncer, dor crônica pós-operatória ou pós-traumática, dor crônica musculoesquelética secundária, dor crônica visceral secundária, dor crônica neuropática, dor crônica de cabeça ou orofacial secundária, outra dor crônica especificada e dor crônica, não especificada.

A DCP é aquela que acomete uma ou mais regiões anatômicas, de modo multifatorial, onde fatores biológicos, psicológicos e sociais podem contribuir para a síndrome dolorosa. O diagnóstico de DCP pode ser realizado independentemente da identificação de fatores causais, devendo este diagnóstico ser considerado na ausência de causa subjacente ou quando a dor ou o impacto desta é fora da proporção esperada para uma dada lesão ou doença observada (NICE, 2021f; WHO, 2019).

O sofrimento emocional causado pela dor pode ser representado por ansiedade, raiva, frustração ou humor deprimido, enquanto a incapacidade funcional é determinada por interferência da dor nas atividades diárias e por redução da participação e atividades sociais por aqueles que são acometidos.

A DCP é dividida em cinco grandes subtipos: dor crônica primária visceral, dor crônica generalizada, dor crônica primária musculoesquelética, dor crônica primária de cabeça ou orofacial e síndrome complexa de dor regional, embora esta última esteja alocada no grande grupo de doenças do sistema nervoso. Outras codificações para dor crônica primária incluem “Outra dor crônica primária especificada” e “Dor crônica primária, não especificada” (WHO, 2019)

6.3 Avaliação do paciente com dor crônica primária

De acordo com a diretriz *“Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain”* publicado pelo NICE, no ano de 2021, a avaliação do paciente que se queixa de dor deve ser feita de modo centrado na pessoa, de modo a identificar fatores que contribuam para a dor e como a dor afeta a vida daquela pessoa. Assim, em concordância com a NICE, é necessário: pensar sobre as possíveis causas para dor: avaliar se existe causa para

a dor, ou se a dor mostra-se fora da proporção para uma dada lesão ou doença; ver o paciente como um todo; permitir que o paciente participe ativamente de seu cuidado, incluindo comunicação clara de acordo com as competências culturais deste, informação sobre os planos terapêuticos e expectativas realistas, baseando-se sempre na realização da decisão compartilhada do tratamento (NICE, 2021f).

É preciso explorar a vivência daquele paciente que se queixa de dor, investigando qual o impacto gerado no cotidiano e se há interferência em suas atividades laborais, se o paciente possui estratégias de manejo ou enfrentamento da dor, qual o objetivo do paciente ao procurar atendimento e quais são as expectativas acerca do tratamento.

A presença de outras doenças crônicas pode dificultar o diagnóstico e o manejo de quadros dolorosos, especialmente comorbidades múltiplas. É fundamental o manejo adequado de qualquer outra comorbidade, seja ela de ordem orgânica ou não (ICSI, 2019).

6.4 Ferramentas e questionários

A avaliação do paciente como um todo é o ponto focal da avaliação daqueles que sofrem de dor crônica, mas existem ferramentas e questionários disponíveis, validados, que podem orientar possíveis diagnósticos e propostas terapêuticas. Entretanto, o diagnóstico não deve depender unicamente no resultado de um questionário, e há de se considerar que quadros dolorosos podem flutuar ao longo do tempo (FITZCHARLES et al., 2021).

A Escala Visual Analógica (ANEXO A) (OLIVEIRA, 2020) é uma ferramenta de fácil utilização e implementação. Consiste na caracterização, pelo paciente, da intensidade de sua dor naquele momento, onde 0 corresponde a ausência total de dor e 10 seria a pior dor imaginável. Pelo fato de a dor naquele momento poder não refletir com acurácia a experiência do paciente com dor, outras ferramentas, como o Inventário Breve de Dor (ANEXO B) (FERREIRA et al., 2011), provem mais informações relativas ao quadro do paciente em um dado período de tempo (FILLINGIM et al., 2016)

Embora não se possa atribuir um mecanismo único para a DCP, é interessante avaliar qual o mecanismo predominante uma vez que a escolha da terapia

farmacológica deve ser voltada ao principal mecanismo responsável pelos sintomas álgicos do paciente.

O Questionário de Sensibilização Central pode auxiliar na investigação do mecanismo sensibilização central e/ou dor nociplástica de um determinado paciente (ANEXO C) (CAUMO et al., 2017). Uma pontuação superior a 40 pontos é considerada de alerta para presença de sensibilização central (NEBLETT, 2018).

O questionário *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS) tem como objetivo distinguir uma de dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto (ANEXO D) (SCHESTATSKY et al., 2011). Uma pontuação elevada, em associação a achados clínicos que corroborem com dor de padrão neuropático, sugere a investigação de condição secundária para a dor, mas não descarta a possibilidade de diagnóstico de dor crônica primária. É importante frisar que, mesmo em condições “não neuropáticas”, uma proporção substancial de pacientes refere dor de qualidade neuropática (FILLINGIM et al., 2016). Ainda, pode haver a presença de mais de um mecanismo envolvido no surgimento da dor crônica primária.

Outras escalas de interesse na avaliação do paciente com dor crônica primária incluem a Escala de Depressão de Beck (ANEXO E) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998) e Questionário de Incapacidade Roland-Morris (ANEXO F) (SARDÁ JR., 2010), ambos validados para uso em território brasileiro

Uma vez aplicada alguma ferramenta de avaliação, é importante programar a reavaliação desta, caso pertinente, após a elaboração e instituição do plano terapêutico acordado.

6.5 Manejo do paciente com dor crônica primária

A organização de um plano terapêutico deve assentar-se integralmente no Método Clínico Centro na Pessoa (MCCP). Embora tenha surgido inicialmente como uma ferramenta voltada para psicoterapia, chamada de “*person-centred*” ou “centrado na pessoa” por Carl Rogers no começo da década de 60 (THE HEALTH FOUNDATION, 2016), o MCCP é um modelo em evolução constante. Atualmente, o método utilizado mais disseminado foi proposto por Stewart e colaboradores, com os seguintes componentes, conforme descrito no livro “Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico” (STEWART et al., 2017):

“Primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; Segundo Componente: entendendo a pessoa como um todo (o indivíduo, a família e o contexto); Terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; Quarto componente: fortalecendo a relação entre a pessoa e médico”.

De acordo com a autora e professora Moira Stewart, outros componentes considerados como parte fundamentais do M CCP, “Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde” e o componente “Sendo Realista”, são, em realidade, inerentes ao próprio M CCP e ao contexto da relação médico-pessoa, e não componentes isolados.

Após a elaboração de um plano terapêutico em conjunto com o paciente, deve-se esclarecer possíveis dúvidas que o paciente possua, informar sobre o que se espera ao instituir cada uma das terapias propostas, orientar sobre a possibilidade de recidiva dos sintomas e como manejá-los e programar a reavaliação.

É importante frisar que, devido ao fato de a definição de DCP ser consideravelmente recente, encontra-se escassez na busca por diretrizes nacionais e internacionais, ensaios clínicos de terapias instituídas especificamente para DCP, revisões ou demais publicações que abordem o manejo desta condição. Este é um tema em evolução, e a atualização constante e a busca pelas melhores evidências científicas disponíveis para o manejo da DCP devem guiar o profissional de saúde responsável pelo manejo de pacientes com tal condição.

O manejo da DCP envolve medidas não-farmacológicas e medidas farmacológicas. A principal diretriz de manejo específico para DCP disponível foi publicada pelo NICE em 2021, sendo este instituto responsável por prover informações, guias e diretrizes baseadas em evidência para o *National Health Service*, um dos sistemas de saúde públicos utilizados a Inglaterra (NICE, 2022). Este trabalho usará, principalmente, a diretriz publicada pelo comitê do NICE (cNICE) como norteadora do manejo do paciente com DCP, com observações e adendos quando necessário, revisões realizadas por comitês do Instituto Cochrane (cIC), mas também os demais estudos e diretrizes que tenham sido selecionados a partir da metodologia utilizada neste trabalho. Ainda, será pontuado sempre que intervenções mencionadas neste trabalho tenham sido propostas para outros quadros de dor crônica.

6.6 Manejo não-farmacológico

6.6.1. Educação ao paciente

A educação ao paciente é entendida como uma combinação de diversas ferramentas onde se fornece informação ao paciente, aconselhamento e técnicas para modificação de comportamento, de modo a influenciar o modo como o paciente vivencia sua doença, seu conhecimento e seu comportamento para com sua saúde. Esta intervenção objetiva melhorar, ensinar ou manter o cuidado a uma determinada afecção. (VAN DEN BORNE, 1998)

Em revisão sistemática realizada pelo Instituto Cochrane sobre a educação ao paciente com dor lombar baixa, observou-se efetividade incerta quando utilizada para aqueles com quadro crônico (ENGERS et al., 2008)

Na revisão de evidências realizada pelo NICE para a formulação de sua diretriz voltada ao manejo de DCP (NICE, 2021f), não foi observada diferença clinicamente importante entre educação em dor e cuidado habitual antes de três meses nos parâmetros qualidade de vida, autoeficácia relacionada à dor (capacidade de um indivíduo de realizar determinada atividade perante a um quadro desagradável ou aversivo [BONAFÉ; MARÔCO; CAMPOS, 2018]), sono e dor. Após 3 meses, não se observou diferença na pontuação de qualidade de vida no momento (NICE, 2021a)

Ainda assim, o comitê do NICE responsável pela revisão de evidências ressalta que a educação ao paciente deve fazer parte de boas práticas clínicas, além de não ser específica ao paciente com dor crônica. Esse comitê concorda que a educação pode ser útil para que as pessoas possam lidar efetivamente e manejar o quadro álgico, mas não pode ser esperado que o paciente apresente melhora do quadro com a educação como intervenção única.

6.6.2. Psicoterapia

Revisão realizada pelo cIC selecionou ensaios clínicos randomizados de tratamentos com psicoterapia comparados com controles de grupos ativos (que receberam o mesmo tratamento) e grupos de tratamento de rotina (TdR)/lista de espera (os ensaios variaram quanto ao tipo de atendimento recebido, se os pacientes buscam tratamento posterior, usam medicação não prescrita ou terapia alternativas ou complementares). As modalidades de psicoterapia analisadas foram terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia comportamental (TC) e terapia de aceitação e compromisso (ACT) (WILLIAMS et al., 2020).

Nessa revisão, observou-se muito baixo benefício para TCC ao final do tratamento em relação ao grupo ativo para dor, disfunção e sofrimento; para o grupo TdR, foi observado baixo benefício ao final do tratamento para dor, disfunção e sofrimento. A qualidade dos resultados para TCC variou de moderada a baixa qualidade (WILLIAMS et al., 2020).

Para TC, não se observou diferença ao final do tratamento tanto para grupos ativos quanto para TdR. A qualidade da evidência dos resultados, tanto de TC em comparação a grupos ativos quanto a TdR, foi considerada de muito baixa qualidade (WILLIAMS et al., 2020).

Na análise de ensaios de ACT ao final do tratamento em comparação a grupos ativos, não se observou evidência de diferença para dor, disfunção ou sofrimento. Em seguimento, não se observou diferença nos efeitos na dor e sofrimento, mas dois estudos mostraram grande benefício para disfunção (evidência de muito baixa qualidade). Dois estudos compararam ACT e TdR ao final do tratamento, com amplos benefícios para dor, mas nenhum para disfunção e sofrimento (evidência de muito baixa qualidade). Os autores desta revisão enfatizam a necessidade de interpretar os resultados destes ensaios com precaução, uma vez que evidências de muito baixa qualidade possuem estimativas incertas e podem ser facilmente derrubadas (WILLIAMS et al., 2020).

O cNICE encontrou que a maioria da evidência analisada apontou para benefício da ACT em comparação a cuidados de rotina no quesito qualidade de vida e sofrimento psicológico, tanto em avaliações de curto prazo como de longo. Em relação a dor, encontrou evidência conflitante para avaliações inferiores a 3 meses, mas relata que um pequeno ensaio demonstrou benefício da ACT após 3 meses. Não foi observada diferença clinicamente importante entre ACT e cuidados de rotina em relação a disfunção. Assim, este comitê optou por fazer a recomendação de considerar ACT, uma vez que as evidências encontradas não foram de alta qualidade ou foram incertas, o que é insuficiente para possibilitar forte recomendação (NICE, 2021a).

Para TCC, o cNICE observou evidência de benefício da TCC voltado à dor para melhora na qualidade de vida, mas refere incerteza ao redor da evidência. Em um ensaio de moderada qualidade foi encontrado benefício da TCC para dor, enquanto outro ensaio com evidência de muito baixa qualidade não mostrou diferença da TCC em relação ao cuidado de rotina. Assim, o comitê optou por recomendar TCC para

melhora na qualidade de vida, embora ressalte que a efetividade desta psicoterapia é dependente do nível de treinamento do aplicador (NICE, 2021a).

É importante ressaltar, conforme observado pelo cNICE, que a grande maioria dos ensaios analisados por eles é relativa a mulheres com fibromialgia. Mesmo assim, este comitê optou por generalizar os resultados, já que o principal objetivo das psicoterapias é proporcionar melhora na qualidade de vida e bem-estar, e não o tratamento da condição subjacente (NICE, 2021a).

6.6.3. Atividade física

Na formulação de suas diretrizes, o cNICE analisou 91 ensaios clínicos controlados e randomizados, com 32 diferentes tipos de comparações. A maioria da evidência analisada foi de baixa ou muito baixa qualidade, principalmente devido ao viés ou imprecisão. As intervenções variaram dentro das evidências analisadas, além de haver um grande gama de variações dentro dos programas de exercício: duração, frequência, intensidade, tipos de exercícios e quantidade de contato com supervisores. Ademais, o cNICE ressalta que a maioria dos ensaios possui como população mulheres com fibromialgia e pessoas com dor crônica no pescoço, mas que não há motivo para que as evidências encontradas não sejam aplicáveis a todos os tipos de DCP (NICE, 2021b).

O cNICE considerou que apesar da incerteza ao redor do efeito estimado, a base de evidências foi ampla e benefícios foram encontrados entre muitos dos resultados de pontos críticos e importantes selecionados para avaliação (redução de dor, qualidade de vida relacionada a saúde, função física e sofrimento psicológico). Evidência de efeitos negativos foi pequena, com exceção encontrada de que houve maior desistência naqueles que praticavam atividade física do que naqueles com cuidado habitual (NICE, 2021b).

Ainda, o cNICE ressaltou que a atividade física mais apropriada depende do tipo de condição dolorosa e de preferências pessoais do indivíduo. Também foi pontuado que a maioria da evidência analisada foi baseada na realização de intervenções supervisionadas. Como consequência, o cNICE optou por recomendar o oferecimento de atividade física supervisionada para todos aqueles com DCP, além de encorajar aqueles com DCP a manterem-se ativos fisicamente pelos benefícios na saúde em geral a longo-prazo (NICE, 2021b).

Foi analisado pelo cIC o impacto de exercício físico para pessoas com dor lombar baixa crônica em comparação a controles sem tratamento, cuidado de rotina, placebo ou outros tratamentos conservadores. Encontrou-se evidência de moderada certeza de que a atividade física é provavelmente efetiva para dor no tratamento para dor lombar baixa crônica em comparação a tratamento nenhum, cuidados de rotina ou placebo (HAYDEN et al., 2021).

Em uma avaliação geral das revisões do cIC realizada pelo próprio cIC acerca do impacto de atividade física e exercício para dor crônica em adultos. Ao todo, foram incluídas 21 revisões feitas pelo cIC, que agrupam um total de 381 estudos e 37.143 participantes. Comparou-se 2 grupos com condições dolorosas (artrite reumatoide, osteoartrite, fibromialgia, dor lombar baixa, claudicação intermitente, dismenorreia, desordem mecânica do pescoço, lesão da medula espinhal, síndrome pós-pólio e dor patelo-femoral), um que realizou atividade física e outro que não realizou ou recebeu intervenção mínima. A qualidade de evidência encontrada foi baixa, onde se viu efeitos favoráveis na redução da severidade da dor e na melhora da função física, mas de efeito baixo a moderado e de forma inconsistente entre os estudos (GENEEN et al., 2017).

6.6.4. Acupuntura

A acupuntura tradicional é originária na filosofia chinesa de que a manifestação de doenças é considerada um sinal de desbalanço entre as forças de Yin e Yang dentro do corpo, e que o agulhamento de pontos específicos do corpo seria capaz de reestabelecer este balanço. O agulhamento em seco, por sua vez, é uma técnica que se baseia na utilização de agulhas para o tratamento da dor miofascial em qualquer local do corpo (FURLAN et al., 2005). A auriculoterapia consiste numa modalidade da acupuntura que utiliza zonas específicas do pavilhão auricular. E a acupuntura *sham*, ou acupuntura placebo, é utilizada em estudos de acupuntura ou agulhamento a seco como grupo controle, com métodos que variam conforme o aplicador: vai desde a realização de pressão com agulhas em determinados pontos sem que haja inserção desta até a simulação do agulhamento como um todo (KIM et al., 2019).

cNICE analisou 32 ensaios clínicos randomizados para a realização de comparação entre acupuntura e acupuntura *sham*, acupuntura e cuidados de rotina e eletroacupuntura com eletroacupuntura *sham*, onde encontrou evidências de baixa a muito baixa qualidade, com baixo número de ensaios apresentando moderada

qualidade. O comitê ainda frisou que estudos envolvendo procedimentos *sham* são limitados, uma vez que cegamento dos participantes é prejudicado pela natureza da intervenção. Ao final, observou-se benefício da acupuntura, particularmente na redução da dor e na melhora da qualidade de vida, quando se comparada a acupuntura *sham* ou aos cuidados de rotina. Assim, cNICE determinou a recomendação de acupuntura para todos os pacientes com DCP, considerando que a base de evidências foi ampla o suficiente para justificar esta recomendação (NICE, 2021c).

Em avaliação de ensaios randomizados sobre efeitos da acupuntura e agulhamento a seco para tratamento de dor lombar baixa, cIC encontrou evidência de que a acupuntura e o agulhamento a seco foram capazes de gerar alívio da dor e melhora da função em pacientes com dor lombar baixa crônica logo após o fim da sessão ou após reavaliação em curto-prazo. Tal achado foi observado em comparação de acupuntura contra acupuntura simulada ou nenhuma outra intervenção e também quando comparada associação de acupuntura com terapia convencional com apenas terapia convencional. Não foi possível recomendar qual tipo específico de técnica foi mais efetiva. Em conclusão, os autores observaram que, embora a acupuntura não seja mais efetiva que o tratamento convencional ou outras terapias alternativas, as informações coletadas sugerem que a acupuntura e o agulhamento a seco podem ser úteis como adjuvantes a outras terapias, mas que é necessário estudos de melhor qualidade metodológica (FURLAN et al., 2005)

Em revisão mais atual também pelo cIC sobre acupuntura para dor lombar baixa crônica inespecífica, foram analisados 33 estudos que apresentavam qualidade variando entre muito baixa e moderada. Os achados são condizentes com a revisão anterior: acupuntura foi mais efetiva para alívio imediato da dor, além de melhora na função, quando comparados a intervenção nenhuma (MU et al., 2020).

6.6.5. *Ultrassom terapêutico*

A terapia ultrassônica consiste no uso de ondas sonoras (vibrações) para tratamento de condições clínicas. O cIC realizou uma revisão sistemática sobre os efeitos do ultrassom terapêutico no tratamento de dor lombar baixa crônica. Foram selecionados 10 ensaios randomizados, onde a maioria dos estudos apresentou evidência de muito baixa a baixa qualidade, e apenas um de evidência moderada. O estudo de moderada evidência mostrou pouca ou nenhuma diferença na qualidade de

vida quando comparado ultrassom terapêutico com placebo. Os demais estudos apontaram que a terapia ultrassônica pode ter pequeno efeito na melhora da função lombar em curto prazo quando comparada a placebo, mas a evidência é muito baixa. Assim, o cIC que a evidência encontrada não sustenta o uso deste tratamento para o manejo de dor lombar baixa crônica (EBADI et al., 2020).

Entre estudos avaliados por membros do cNICE, encontrou-se apenas um estudo com evidência de baixa qualidade em comparação de tratamento ultrassônico com cuidados de rotina. Nesse estudo, foi observada redução de importância clínica da dor miofascial em até 3 meses da intervenção, mas foi julgado com alto risco de viés. O comitê decidiu por recomendar a não realização do ultrassom terapêutico para tratamento de DCP (NICE, 2021d).

6.7 Manejo farmacológico

6.7.1. Paracetamol

Não foram encontradas revisões sistemáticas pelo cIC acerca do uso isolado de paracetamol para DCP, DC ou outra dor de duração superior a 3 meses não neuropática ou não neoplásica, para o grupo demográfico delineado na elaboração deste guia rápido.

Contudo, em avaliação de paracetamol para dor neuropática, seja em uso isolado ou em combinado com codeína ou di-hidrocodeína, não há evidência suficiente para suportar ou refutar a sugestão de que o paracetamol isolado ou combinado funciona em condições neuropáticas (WIFFEN et al., 2016).

cNICE descreve a ausência de evidência encontrada para o uso de paracetamol na DCP, e optou por recomendar contra o uso desta medicação para DCP (NICE, 2021e).

Em concordância com o achado encontrado pelo cNICE de paracetamol para dor neuropática, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dor Crônica (PCDT-DC) (Ministério da Saúde, 2014) pontua que não há evidência significativa do paracetamol no alívio da dor neuropática. Também aponta que não há evidência também de seu papel para dor lombar inespecífica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

6.7.2. Dipirona

Não foram encontradas revisões sistemáticas pelo cIC acerca do uso de dipirona, isolada ou em associação a outro fármaco, para DCP, DC ou outra dor de duração superior a 3 meses não neuropática ou não neoplásica, para o grupo demográfico delineado na elaboração deste guia rápido. No PCDT-DC, não foi feita recomendação formal acerca do uso da dipirona, e os estudos avaliados para formulação da diretriz brasileira foram voltados ao uso da dipirona para dor oncológica: PCDT-DC cita estudo que demonstra melhor tolerabilidade quando compara à morfina e benefício do uso combinado com a morfina versus morfina isolada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Dipirona também não é citada pelo cNICE na elaboração de suas diretrizes para DCP.

Cabe ressaltar que a dipirona tem sua venda banida ou restrita em outros países devido risco de anemia aplástica e agranulocitose, eventos adversos graves, mas raros (UNITED NATIONS, 2015). Na publicação "*Incidence and Risk Factors of Aplastic Anemia in Latin American Countries: the LATIN Case-Control Study*", apelidado de *Latin Study*, foi feito um estudo caso-controle, multicêntrico, multinacional, que objetivou avaliar a incidência de anemia aplástica e associações entre anemia aplástica e drogas, pesticidas e componentes químicos. Foi encontrada uma incidência de 1,6 casos para 1 milhão de indivíduos ao ano, e, em relação a dipirona, não foi encontrada nenhuma associação entre casos de anemia aplástica e uso deste medicamento (MALUF et al., 2009).

6.7.3. Anti-inflamatórios não-esteroidais

Em revisão sistemática realizada pelo cIC, foi observada a ação de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) em pacientes com dor lombar baixa crônica. Foram selecionados 13 ensaios para a revisão, onde foram comparados: AINEs com placebo; diferentes tipos de AINEs não seletivos (ibuprofeno contra diclofenaco, piroxicam contra indometacina); AINEs não seletivos e seletivos; diflunisal com paracetamol; e AINEs com atividade física realizada em domicílio. Em resumo, foi observado em 6 estudos que AINEs são mais efetivos que placebo quando avaliada a intensidade da dor, e são levemente mais efetivos que placebo quanto à disfunção. Entretanto, os autores informam que a magnitude dos efeitos é baixa, e o nível de evidência é baixo. Na conclusão, concluíram não haver diferença na eficácia entre tipos diferentes de AINEs (sejam estes seletivos ou não-seletivos), e, devido a

brevidade dos estudos conduzidos, não foi possível afirmar quanto a ocorrência de efeitos adversos ou sobre a segurança de AINEs a longo prazo (ENTHOVEN et al., 2016).

Outra revisão sistemática pelo cIC avaliou o uso de AINEs tópicos (AINEt) para dor musculoesquelética crônica em adultos. Foram selecionados 39 ensaios, onde 32 compararam AINEt com placebos tópicos e o restante comparou AINEt com AINEs orais (AINEo). Os placebos tópicos têm a mesma formulação dos AINEt, mas sem a inclusão do medicamento, e os revisores optaram por chamá-los de “carreadores”. Todos os estudos foram voltados ao tratamento da osteoartrite. Os autores concluíram que diclofenaco e cetoprofeno tópicos proveram bons níveis de alívio da dor quando comparados a carreadores, mas não há evidência para outras condições dolorosas crônicas. E na comparação entre sucesso clínico encontrado em carreadores e placebos orais, foi encontrada uma taxa de sucesso para carreadores duas vezes daquela encontrada em placebos orais. Assim, os autores concluíram que pelo menos uma parte dos efeitos placebo substanciais observados em estudos mais longos advém do carreador dos AINEs em si, e que os AINEs somam a esse efeito (DERRY et al., 2016).

Para cNICE, a evidência encontrada não mostrou diferença na redução da dor, sofrimento psicológico e qualidade de vida na comparação entre AINEs e placebo. O comitê concordou na recomendação contra o uso de AINEs na prática clínica, como consequência da falta de evidências de efetividade e evidências encontradas acerca de eventos negativos (NICE, 2021e).

6.7.4. Corticosteroides

cNICE descreve a ausência de evidência encontrada para o uso de corticosteroides na DCP, e optou por recomendar contra o uso desta medicação para DCP (NICE, 2021e).

Uma revisão sistemática pelo cIC avaliou terapias injetáveis para manejo de dor lombar subaguda e crônica. Os medicamentos mais avaliados foram corticosteroides e anestésicos locais, mas também incluíram estudos que avaliaram AINEs, hialuronato de sódio, Sarapin (suspensão de planta-jarro em pó em solução alcalina), vitamina B12, morfina e midazolam. Os autores concluíram que não há evidência o suficiente para suportar o uso de terapias injetáveis para dores lombares baixas subagudas ou crônicas, mas não descartam que subgrupos específicos de

pacientes podem não responder a tipos específicos de terapias injetáveis (STAAL et al., 2008).

6.7.5. Antidepressivos

De modo geral, o cNICE encontrou benefício na utilização de inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e antidepressivos tricíclicos (ADT) para DCP. O comitê optou por recomendar a consideração do uso destas medicações para tratamento de DCP, mas optou por não recomendar classes em específico devido ausência de comparações diretas para DCP entre classes diferentes. As medicações sugeridas foram: fluoxetina, paroxetina, citalopram e sertralina, classificados como ISRS; a duloxetina, representante dos IRSN; e amitriptilina, um ADT. Para ISRS e IRSN, o comitê optou pela utilização de doses similares às utilizadas para transtornos depressivos. Para amitriptilina, doses iniciais de 5 mg demonstraram benefício, então recomendaram o uso na menor dose possível, com titulação conforme necessário (NICE, 2021e).

Em avaliação em específico por medicamento, o cNICE encontrou: para duloxetina, observou-se melhora na qualidade de vida, redução de sofrimento mental e melhora do sono, mas sem diferença para dor ou disfunção; amitriptilina demonstrou melhora na qualidade de vida, dor, sono e disfunção, mas sem diferença no sofrimento mental; ISRS apresentaram benefício clinicamente importante na redução da dor, sofrimento mental e qualidade de vida, mas sem diferença para disfunção e sono. Estudos com duloxetina e amitriptilina resultaram descontinuação devido a efeitos adversos, enquanto ISRS apresentou menor taxa de descontinuação por eventos adversos do que o placebo. Os estudos de IRSN tiveram duração superior a 3 meses, enquanto ISRS e ADT foram avaliados em períodos inferiores a 3 meses (NICE, 2021e).

cIC avaliou duloxetina para o tratamento de neuropatia dolorosa, dor crônica e fibromialgia. Ao todo, foram avaliados 18 ensaios: 8 para neuropatia diabética dolorosa (NDD), 6 para fibromialgia, 3 estudos avaliaram participantes com depressão e sintomas físicos dolorosos e um estudo avaliou participantes com dor neuropática central. Para NDD, evidências de moderada qualidade apontam que doses diárias de 60 ou 120 mg foram eficazes para manejo da dor com redução superior a 50% da dor em 12 semanas (60 mg e 120 mg) e em 28 semanas (60 mg). Para fibromialgia, há

evidência de menor qualidade de que a duloxetina é eficaz em doses similares às utilizadas para NND e com magnitude e efeito similar, mas ressaltam que melhora dos sintomas pode ter sido atingida devido a melhora nos sintomas mentais do que na dor somática física em si. Para depressão com sintomas dolorosos, evidência de baixa a moderada qualidade sugere alívio da dor, com redução da dor superior a 50% em até 12 semanas (60 mg). Não foi encontrado efeito para dor neuropática central em avaliação de ensaio clínico de alta qualidade. A maioria dos eventos adversos foi do tipo menor, mas 12,5% dos participantes abandonaram o uso de da medicação devido a efeitos adversos (LUNN; HUGHES; WIFFEN, 2014).

Outra revisão sistemática pelo cIC avaliou ISRS (citalopram, fluoxetina e paroxetina) no tratamento da fibromialgia. Ao todo, foram selecionados 7 ensaios controlados, classificados de muito baixa qualidade devido a riscos de viés e estudos com poucos participantes. Ao resultado, não houve redução estatisticamente significativa na redução da fadiga e distúrbios de sono. Para redução da depressão, ISRS foram superiores a placebo, e ISRS também apresentaram redução de no mínimo 30% da dor em 32,6% dos pacientes do grupo intervenção contra 22,8% do grupo controle. Os autores pontuam que não há evidências imparciais de que ISRS são superiores a placebo no tratamento da dor, fadiga e distúrbios do sono em pacientes com depressão, mas que podem ser considerados para tratamento de sintomas depressivos (WALITT et al., 2015).

O uso de amitriptilina para fibromialgia foi avaliado pelo cIC. Foram selecionados 9 ensaios, onde doses de 25 mg e 50 mg foram comparadas a placebo. Os autores optaram por graduar os resultados em níveis de evidência: primeiro (redução de dor superior a 50%, duração maior a 8 semanas, design de grupo paralelo, mínimo de 200 participantes para comparação), segundo (pelo menos 200 participantes, mas que alguma das condições de primeiro nível não foram alcançadas) e terceiro (menos que 200 participantes, duração < 4 semanas, heterogeneidade entre estudos ou problemas no design, atritos ou informações incompletas, onde os achados podem ser enganosos mas há indicação de efeitos benéficos). Na avaliação da dor, encontraram evidência de terceiro nível, com redução de 50% da dor quanto comparada a placebo, sem diferença para fadiga, distúrbios do sono ou alívio de tender points, e com risco relativo (RR) de 2,9 quando comparada a placebo. Os autores afirmam que não há evidência sobre ausência de efeitos, mas que a

preocupação reside na superestimação do efeito da amitriptilina no tratamento (MOORE et al., 2015).

6.7.6. Opioides

Na avaliação de estudos para formulação de diretrizes da NICE, o cNICE não identificou evidências de efetividade clínica no uso de opioides. O comitê pontua resultados de alguns estudos, onde se vê: aumento do risco de dependência no uso de opioides para dor crônica em tratamentos superiores a 6 meses em estudos não-randomizados; ausência de evidências em ensaios randomizados sobre a eficácia de opioides para DCP; impossibilidade de avaliar segurança do uso de opioides a longo prazo devido a estudo com população heterogênea; e aumento do risco de dependência naqueles em uso de opioides a mais de 185 dias quando comparados naqueles em uso há 151-210 dias (o comitê acredita que estes achados sobreestimam a real incidência). Assim, o comitê optou por recomendar contra o uso de opioides para tratamento de DCP (NICE, 2021e).

O uso de opioides a longo-prazo para o manejo de dor crônica não oncológica foi tema de revisão sistemática pelo cIC em 2010. Foram selecionados 26 estudos com uma população de 4893. 25 estudos foram classificados como séries ou continuações a longo-prazo de ensaios não-controlados, e outro estudo foi um ensaio clínico controlado e randomizado comparando dois opioides. Muitos participantes abandonaram o uso das medicações devido a frequência de efeitos adversos ou alívio insuficiente da dor, e sinais de dependência foram vistos em 0,27% dos participantes (através de autorrelato). Os autores pontuam que há evidência fraca de que os pacientes que conseguem manter o tratamento a longo prazo experenciam alívio clinicamente significativo da dor. Achados sobre efeitos na qualidade de vida ou disfunção foram inconclusivos. Eventos adversos menores (náusea e cefaleia) foram frequentes, mas dependência a opioides por iatrogenia foram raros (NOBLE et al., 2010).

Outra revisão sistemática pelo cIC, esta de 2015, avaliou ensaios que compararam opioides (tramadol e buprenorfina e outros opioides fortes – morfina, hidromorfina, oximorfona, tapentadol e oxicodona), placebos e outros tratamentos (celocoxib, nortriptilina e associação de oxicodona e naltrexona) para dor lombar baixa crônica. A maioria dos ensaios foi financiada pelas indústrias farmacêuticas e acompanhou os pacientes por até 3 meses. A qualidade da evidência variou de muito

baixa até moderada qualidade. Em geral, aqueles que receberam opioides apresentaram maior alívio da dor e menor dificuldade em realização de atividades de vida diária quando comparados a placebo, mas há pouca informação acerca da eficácia e segurança de opioides no uso superior a quatro meses. Ainda, a literatura revisada até a publicação desta revisão não dá suporte a afirmação de que opioides são mais efetivos que outros analgésicos para dor crônica lombar baixa, como AINEs ou antidepressivos. Os autores afirmam que esta revisão suporta parcialmente o uso de opioides no curto prazo para dor lombar baixa crônica, mas que a efetividade a longo-prazo é desconhecida e se deve levar em consideração potenciais efeitos adversos graves, complicações, risco aumentado de uso impróprio, abuso, dependência, overdose e morte (CHAPARRO et al., 2013).

Uma visão geral acerca de revisões sistemáticas do cIC sobre o uso de opioides em dose alta para dores crônicas não-oncológicas foi realizada em 2017 pelo próprio instituto. Dos 414 artigos produzidos pelo cIC avaliados nesta visão geral, nenhum preencheu os critérios de inclusão (outro tipo de dor, não utilização de opioides, ou ausência de avaliação individual de tratamentos para dor crônica não oncológica com dose de morfina superior a 200 mg ao dia). Os autores concluem que há uma escassez crítica de evidência de alta qualidade acerca do uso de opioides em alta dose para dores crônicas não oncológicas, não sendo possível argumentar acima deste tema, mas que é necessário conhecer a eficácia e dano da utilização de altas doses (ELS et al., 2017).

6.7.7. Benzodiazepínicos

Revisão pelo cNICE acerca do uso de benzodiazepínicos (BDZ) mostrou evidência de que, quando comparado a placebo, aqueles que receberam BDZ apresentaram resultados piores em relação a disfunção física. Para redução da dor e do sofrimento mental, a evidência encontrada não mostrou diferença entre BDZ e placebo. Assim, considerando as características adictivas dos BDZs a longo prazo em associação as evidências encontradas, o cNICE recomenda contra o uso desta classe medicamentosa para o manejo de DCP (NICE, 2021e).

cIC procurou avaliar o uso de clonazepam para dor neuropática ou fibromialgia em adultos, e tinha como critérios incluir ensaios randomizados, duplo-cegos, de duração superior a 8 semanas e comparados a placebo ou outras terapias, mas nenhum dos 3 estudos avaliados atingiu os critérios delineados (CORRIGAN et al.,

2012). Não foram encontradas outras revisões pelo cIC relevantes ou que preencham critérios para inclusão neste guia rápido.

6.7.8. Anticonvulsivantes

Todas as evidências identificadas pelo cNICE compararam o uso de gabapentinoides a placebo. Relatam que 7 estudos demonstraram ausência de diferença clinicamente importante entre gabapentinoides e placebo para qualidade de vida, redução da dor, sofrimento mental e disfunção física. A curto-prazo (< 3 meses), gabapentinoides geralmente não mostraram benefícios na redução da dor, qualidade de vida, disfunção ou sofrimento, mas um estudo de muito baixa qualidade mostrou benefício a curto-prazo para redução da dor. Nas evidências de longo-prazo (> 3 meses), também não houve benefícios clinicamente relevantes, com um estudo de moderada qualidade que envolveu 1902 participantes apontando ausência de benefício. Dois para dor crônica pélvica de baixa qualidade demonstraram benefícios na dor de pequena magnitude. Assim, o comitê concluiu que as evidências são insuficientes para justificar o uso de rotina de gabapentinoides na DCP, mas que alguns grupos específicos (principalmente em associação com quadros algícos neuropáticos, dores pélvicas crônica) podem ser beneficiados pelo uso destas medicações, e o comitê ressalta que síndrome de dor regional complexa pode ter um elemento neuropático, mas que há a necessidade de mais estudos acerca desta população (NICE, 2021e).

O cIC produziu um artigo de visão geral acerca de revisões sistemáticas que avaliaram o uso de drogas anticonvulsivantes no tratamento de dor neuropática e fibromialgia. A avaliação foi feita a partir de 3 níveis de qualidade similares aos utilizados na avaliação do uso de amitriptilina. Foi encontrada boa evidência de segundo nível para a eficácia do tratamento neuropatia diabética dolorosa com gabapentina e pregabalina. Para pregabalina, também foi encontrada evidência de eficácia na dor para dor neuropática central e fibromialgia. Outras drogas não apresentaram evidência (clonazepam, fenitoína), apresentaram muito pouca evidência a ponto de não permitir discussões (ácido valproico), evidências de baixa qualidade com viés de supervalorização de efeito (carbamazepina) ou qualidade de evidência questionável (lamotrigina, oxcarbamazepina e topiramato). Assim, as evidências encontradas suportam o uso apenas de gabapentina e pregabalina em condições neuropáticas e fibromialgia, uma vez que mesmo que apenas uma minoria

apresentou alívio da dor, aqueles que apresentaram redução de dor superior a 50% também apresentaram melhora da qualidade de vida e função. As doses avaliadas para fibromialgia, com menor número necessário para tratar e melhor RR foram: pregabalina (nível 2 de qualidade de evidência) 450 mg/dia e gabapentina (nível 3 de qualidade de evidência) 2400 mg/dia (WIFFEN et al., 2013).

6.7.9. Manejo farmacológico – relação de doses e esquemas

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO COMPOSIÇÃO/CONCENTRAÇÃO	ESQUEMA SUGERIDO
PARACETAMOL	comprimido de 500 mg; solução oral de 200 mg/ml (SUS)	500-1.000 mg a cada 6 horas (dose máxima de 4.000 mg/dia)
DIPIRONA	Comprimido de 500 mg; solução oral de 500mg/ml (SUS)	500 mg a cada 6 horas até 1.000 mg a cada 8 horas
IBUPROFENO (AINE)	Comprimido de 600 mg; solução oral de 200 mg/ml (SUS)	200-400 mg a cada 4-6 horas (dose máxima de 2.400 mg/dia)
FLUOXETINA (ISRS)	Comprimido de 20 mg (SUS)	20-80 mg/dia, tomada conforme tolerância
DULOXETINA (IRSN) (indisponível na rede)	Comprimido de 30 ou 60 mg	60 mg 1x/dia, 60 mg 12/12 horas
AMITRIPTILINA (tricíclico)	Comprimido de 25 mg (SUS)	Estudos demonstram benefício com doses a partir de 5 mg. Dose máxima de 150 mg/dia.
CODEÍNA (opioide fraco) (Casa da Saúde)	Comprimido de 30 mg	30-60 mg de 4/4 horas (dose máxima de 3.600 mg/dia)
MORFINA (opioide forte) (Casa da Saúde)	Comprimido de 10 ou 30 mg	Dose inicial de 10 mg de 4/4 horas, titular conforme necessidade. Sem dose máxima (considerar surgimento de efeitos adversos de difícil controle para dose máxima tolerada)
GABAPENTINA (anticonvulsivante) (Casa da Saúde)	Cápsula de 300 mg	900-3.600 mg/dia, repartido igualmente em 3 tomadas
PREGABALINA (anticonvulsivante) (indisponível na rede)	Diversas apresentações	150-600 mg/dia (dor neuropática) ou 300/450 mg/dia (fibromialgia), divididas em duas ou três doses

TABELA 1: Dados retirados de: PCDT, Relação Municipal de Medicamentos, e Lista de Medicamentos da Casa da Saúde de Campo Grande. Os representantes das classes medicamentosas foram selecionados conforme disponibilidade na rede ou melhor evidência científica. Os esquemas de administração são meras sugestões baseadas nas informações obtidas durante levantamento teórico e não substituem a avaliação clínica detalhada de cada paciente.

7 RESULTADOS

Esta revisão bibliográfica crítica resultou num apanhado de artigos de opinião, relatos de caso, revisões narrativas, diretrizes, protocolos, ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre o manejo de pacientes com dor crônica e dor crônica primária. Foram descartados artigos com terapias indisponíveis em território brasileiro; que não respondam à pergunta norteadora; ou inadequados para implementação à nível de atenção primária. Para a elaboração do guia rápido, foi dada preferência a publicações, em ordem decrescente: específicas para dor crônica primária; sobre fibromialgia, de maior nível de evidência científica disponível e de publicação mais recente; de dores crônicas não oncológicas e não neuropáticas, de maior nível de evidência científica disponível de publicação mais recente; e outras dores crônicas, de maior nível de evidência científica disponível e publicação mais recente. Assim, foi possível selecionar 50 estudos do apanhado inicial que contemplem os objetivos deste trabalho, resultando na elaboração de um guia rápido para o manejo de dor crônica primária por profissionais alocados na atenção primária.

8 DISCUSSÃO

O manejo da dor, geralmente, costuma obedecer a um fluxo contínuo de ações: investigam-se características da dor (como dói, quanto dói e há quanto tempo está presente), o que causou seu aparecimento e o que deve ser feito para cessá-la – controle ou remoção de fator causal, analgésicos em potências crescentes, orientações diversas. A estratégia mais difundida para controle da dor é fundamentada na Escada Analgésica, modelo “em degraus” criado pela Organização Mundial da Saúde para o uso racional de medicações. Este modelo de abordagem costuma ser efetivo em quadros agudos, onde o mecanismo patológico envolvido é facilmente identificável e controlável. A escada inicia-se sempre no primeiro degrau, que engloba analgésicos comuns (paracetamol), AINEs e medicações adjuvantes; na ausência de melhora, o próximo degrau compreende o uso de opioides fracos, em associação ou não a medicações anteriores; e por fim, nas dores intensas e persistentes, o último degrau corresponde a opioides potentes, em conjunto ou não a medicações presentes nos degraus anteriores. As medicações adjuvantes são representadas por diversas classes (ADT, ISRS, IRSN, anticonvulsivantes, corticoides, etc.) (ANEKAR; CASCELLA, 2022).

A dor crônica, entretanto, raramente possibilita o manejo unidirecional. A procura pelo fator causal pode ser arrastada, custosa, e infrutífera, aumentando a angústia e o sofrimento durante o processo investigativo; ou, na determinação do agente causador, as terapias convencionais podem não ser suficientes, e o paciente passa a ver seu quadro como irreversível, intratável ou até mesmo como elemento normal do envelhecimento. Ademais, o padrão de sono do paciente e atividades de vida diária podem sofrer prejuízos devido a persistência da dor, que é capaz de gerar limitações e sofrimento mental considerável (NICHOLAS et al., 2019).

A Escada Analgésica, então, acaba sendo insuficiente para a abordagem do paciente com DC: subidas ou descidas nos “degraus” da são decididas conforme grau de resposta ao analgésico representante daquele degrau; padrão de sono, qualidade de vida, sofrimento mental, disfunção e nível de autonomia não são considerados, mesmo que influenciem diretamente na adesão ao tratamento e tenham papel na perpetuação de um estímulo algico. A Escada Analgésica também não diferencia entre mecanismos distintos de dor, fato que pode resultar na utilização de

medicamentos com mecanismos farmacológicos inadequados (ANEKAR; CASCELLA, 2022).

A atual referência para manejo de DC em território brasileiro compõe o conjunto de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicado em 2014 pelo MS, e utiliza a Escada Analgésica somada a resultados obtidos na aplicação do questionário LANSSE para direcionar intervenções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A última atualização do PCDT-DC foi feita em 2015, e deste então a própria classificação de DC foi revista, tornando a diretriz brasileira de DC obsoleta.

A DC foi revisada e atualizada em 2019 pelo CID-11 conforme sugestões de uma das maiores entidades no estudo da dor, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (NICHOLAS et al., 2019). Foi oficializada a definição de DCP, condição dolorosa de origem primária e de duração superior a 3 meses que não é mais bem explicada por outras condições, e para a qual o guia elaborado neste TCR é voltado.

Embora condições dolorosas primárias já fossem propostas anteriormente, a denominação final de DCP formalizou a existência desta condição em 2019. Até a entrega deste trabalho, poucos ensaios, revisões ou diretrizes foram encontrados voltados em específico para DCP. A maior diretriz disponível, que é a diretriz para DCP elaborada pelo NICE, extrapola resultados obtidos em estudos de outros padrões dolorosos para a DCP, dada a escassez de evidências clínicas específicas para a DCP. A fibromialgia, por ser uma condição dolorosa primária, é considerada modelo para avaliação de efeitos que diferentes intervenções possam apresentar, mas a incerteza acerca do ou dos mecanismos atuantes na geração da DPC impede uma extrapolação total das evidências disponíveis.

A escassez de evidências para DCP, contudo, parece ser pontual. A formalização relativamente recente desta condição em 2019 somada a realocação de recursos e esforços científicos para o combate à pandemia do coronavírus justificam a desaceleração na produção científica de outros campos. Optou-se, portanto, realizar reforço constante no guia sobre a necessidade de atualização científica do profissional de saúde, uma vez que se espera novas publicações acerca da DCP.

Outro ponto de interesse no guia é a utilização do MCCP para abordagem do paciente com DCP. É uma ferramenta de abordagem acessível que permite explorar o paciente de modo multidimensional, compreendendo quem ele é como pessoa dentro da sociedade e permitindo participação ativa na escolha do seu plano terapêutico, através do fortalecimento constante da relação médico-paciente

(STEWART et al., 2017). Raramente a DCP mostra-se como condição estritamente dolorosa, e o MCCP permite abordar de modo amplo e compreensivo como aquele indivíduo vivencia sua dor – qual o impacto desta no seu sono, no trabalho e vida pessoal – e o que espera do tratamento.

Na análise final dos dados levantados para criação do Guia de Referência Rápida para DCP, talvez a maior crítica entre todos os dados levantados seja sobre PCDT para DC. A melhor terapia disponível para o paciente com DCP é aquela que atenda às suas necessidades, e não se vê, em nenhum momento, a recomendação de realização de um plano terapêutico conjunto. As únicas ferramentas elencadas para direcionar o tratamento são a utilização da Escada Analgésica e o questionário LANSS (para dor neuropática), insuficientes para avaliação do paciente com DCP. E, embora terapias não-farmacológicas sejam comentadas brevemente, elas não são recomendadas em associação a medidas farmacológicas, e parecem ocupar um local de irrelevância quando comparadas a atenção oferecida aos fármacos. As evidências científicas levantadas para este trabalho são uníssonas em relatar benefício da atividade física supervisionada e acupuntura e suas diferentes modalidades para alívio da dor e melhora da função, e este trabalho sugere que estas modalidades terapêuticas ocupem local de destaque no manejo de DCP.

Por fim, este trabalho entende que o manejo de DCP, por questões inerentes a esta condição, não deve seguir fluxo linear, engessado, e, portanto, foi optada pela não elaboração de fluxogramas rápidos. No lugar, decidiu-se por fornecer ao leitor um leque de intervenções possíveis, farmacológicas ou não, para que este, em conjunto ao paciente, faça a escolha terapêutica mais adequada para as necessidades daquele que recebe cuidado.

9 CONCLUSÃO

A dor crônica primária, por si só, é diagnóstico de difícil realização, dependente de exclusão de causas secundárias para o surgimento da dor. Não se espera que este diagnóstico ocorra na primeira consulta entre o profissional da saúde e o paciente, mas investigações infrutíferas e arrastadas na procura pelo fator causal da dor podem aumentar o tempo de espera até que alguma terapia seja instituída. O diagnóstico de outras condições dolorosas não exclui a possibilidade de DCP, e a DCP pode ser a causa da piora da dor de uma condição subjacente, devendo sempre ser considerada em quadros refratários a terapias convencionais.

Tão difícil quanto diagnosticar a DCP talvez seja elaboração de um plano terapêutico. Múltiplos mecanismos de dor podem estar presentes na DCP, e nem sempre é possível identificá-los. Ferramentas como questionários ajudam no direcionamento entre mecanismos, mas a anamnese pormenorizada e exame físico completo são indispensáveis. E uma vez que se escolhe o plano terapêutico, a reavaliação das terapias instituídas é obrigatória. Readequações podem ser necessárias, mas nem toda agudização pontual da dor requer interrupção de terapias em andamento.

Este trabalho finaliza não com o objetivo de ser guia inquestionável para manejo de DCP, mas sim como fonte para consulta rápida e análise crítica de terapias disponíveis na rede. Considerando as evidências encontradas, talvez seja de interesse tanto dos profissionais da rede quanto dos usuários a inclusão de terapias indisponíveis com boa evidência para manejo de DCP no rol de medicamentos e intervenções na APS, bem como a capacitação destes profissionais para a realização de práticas integrativas e complementares. O médico de família e comunidade deve ser autossuficiente na busca pelas melhores evidências disponíveis, mas a indisponibilidade de medicamentos ou outras intervenções na rede limitam sobremaneira o grau de alcance deste profissional.

REFERÊNCIAS

- ANEKAR, A. A.; CASCELLA, M. WHO Analgesic Ladder. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- BONAFÉ, F. S. S.; MARÔCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Pain self-efficacy questionnaire and its use in samples with different pain duration time. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 1, n. 1, 2018.
- BONICA. **The management of pain**. 1. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.
- CAUMO, W. et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. **Journal of Pain Research**, v. Volume 10, p. 2109–2122, set. 2017.
- CHAPARRO, L. E. et al. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 27 ago. 2013.
- CORRIGAN, R. et al. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 16 maio 2012.
- CROFFORD, L. J. CHRONIC PAIN: WHERE THE BODY MEETS THE BRAIN. **CHRONIC PAIN**, p. 17, 2015.
- DERRY, S. et al. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 22 abr. 2016.
- EBADI, S. et al. Therapeutic ultrasound for chronic low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 7, 5 jul. 2020.
- ELS, C. et al. High-dose opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 1, 30 out. 2017.
- ENGERS, A. J. et al. Individual patient education for low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 23 jan. 2008.
- ENTHOVEN, W. T. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 8, 10 fev. 2016.
- FALAVIGNA, A. et al. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/Columna**, v. 10, n. 1, p. 62–67, 2011.
- FERREIRA, K. A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505–511, abr. 2011.
- FILLINGIM, R. B. et al. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. **The Journal of Pain**, v. 17, n. 9, p. T10–T20, set. 2016.
- FITZCHARLES, M.-A. et al. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. **The Lancet**, v. 397, n. 10289, p. 2098–2110, maio 2021.

FURLAN, A. D. et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 24 jan. 2005.

GENEEN, L. J. et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 2, 24 abr. 2017.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clin**, v. 25, p. 245–250, 1998.

HAYDEN, J. A. et al. Exercise therapy for chronic low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2021, n. 10, 28 set. 2021.

ICSI, I. FOR C. S. I. Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management Care for Adults. 2019.

KIM, J. et al. Comparing Verum and Sham Acupuncture in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2019, p. 1–13, 25 ago. 2019.

LUNN, M. P.; HUGHES, R. A.; WIFFEN, P. J. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 3 jan. 2014.

MALUF, E. et al. Incidence and risk factors of aplastic anemia in Latin American countries: the LATIN case-control study. **Haematologica**, v. 94, n. 9, p. 1220–1226, 1 set. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Brasil: [s.n.]. v. 3

MOORE, R. A. et al. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 31 jul. 2015.

MU, J. et al. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 12, 11 dez. 2020.

NEBLETT, R. The central sensitization inventory: A user's manual. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 23, n. 2, p. e12123, jun. 2018.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [F] Evidence review for psychological therapy for chronic primary pain.**, 2021a. . Acesso em: 1 jun. 2021

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [E] Evidence review for exercise for chronic primary pain.** 2021b.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [G] Evidence review for acupuncture for chronic primary pain.** 2021c.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [H] Evidence review for electrical physical modalities for chronic primary pain. 2021d.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [J] Evidence review for pharmacological management for chronic primary pain. 2021e.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. (ED.). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. **Chronic pain**, p. 37, abr. 2021f.

NICE, N. I. FOR H. AND C. E. **What we do**, 2022. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>>. Acesso em: 1 jun. 2021

NICHOLAS, M. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 28–37, jan. 2019.

NOBLE, M. et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 20 jan. 2010.

OLIVEIRA, A. **A nota da sua dor...**, 2 set. 2020. Disponível em: <<http://www.reumart.com.br/notiacutecias/a-nota-da-sua-dor>>. Acesso em: 1 jun. 2021

SARDÁ JR., ET AL. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. p. 9, 2010.

SCHESTATSKY, P. et al. Brazilian Portuguese Validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain. **Pain Medicine**, v. 12, n. 10, p. 1544–1550, out. 2011.

STAAL, J. B. et al. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 16 jul. 2008.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3. ed. [s.l.] Artmed, 2017.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care**, 2016. . Acesso em: 1 jun. 2021

UNITED NATIONS. **Consolidated List of Products Whose Consumption and/or Sale Have Been Banned, Withdrawn, Severely Restricted or Not Approved by Governments.**, 2015. Disponível em: <<https://www.un.org/esa/coordination/CL12.pdf>>

VAN DEN BORNE, H. W. The patient from receiver of information to informed decision-maker. **Patient Education and Counseling**, v. 34, n. 2, p. 89–102, jun. 1998.

WALITT, B. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 5 jun. 2015.

WHO, W. H. O. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Disponível em: <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em: 1 jun. 2021.

WIFFEN, P. J. et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 11 nov. 2013.

WIFFEN, P. J. et al. Paracetamol (acetaminophen) with or without codeine or dihydrocodeine for neuropathic pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2019, n. 5, 27 dez. 2016.

WILLIAMS, A. C. DE C. et al. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2021, n. 11, 14 ago. 2020.

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (OLIVEIRA, 2020)

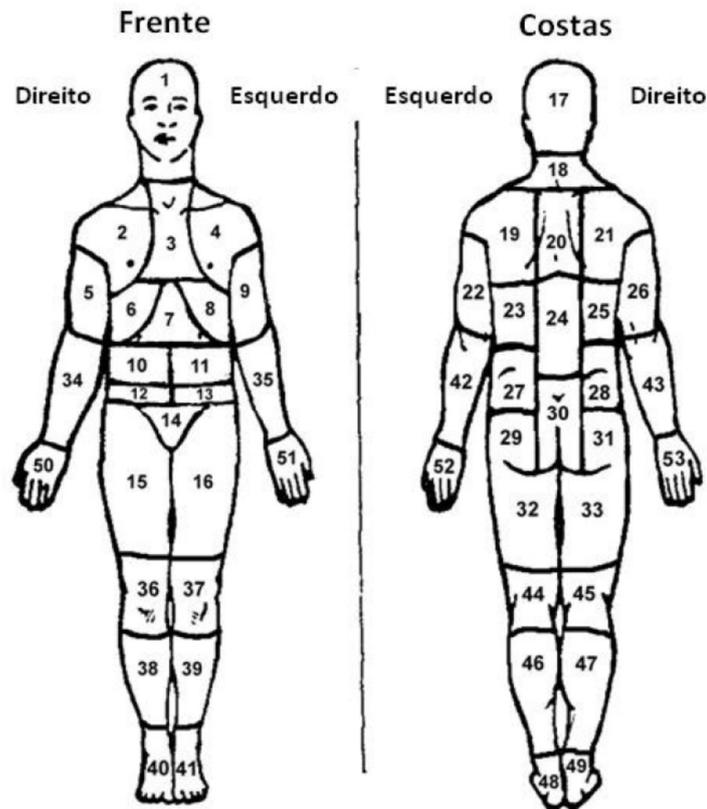


ANEXO B – INVENTÁRIO BREVE DE DOR (FERREIRA et al., 2011)

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1.Sim 2.Não

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

ANEXO B – INVENTÁRIO BREVE DE DOR (continuação)

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?		
Nome	Dose/ Frequência	Data de Início
<p>8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando? Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.</p> <p>Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alívio completo</p>		
<p>9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:</p>		
<p>Atividade geral</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Humor</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Habilidade de caminhar</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Trabalho</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Relacionamento com outras pessoas</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Sono</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		
<p>Habilidade para apreciar a vida</p> <p>Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente</p>		

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL (CAUMO et al., 2017)

DOR & NEUROMODULAÇÃO - HCPA/CNPq (subárea 2.10.08.00 - 0)	
Nome: _____	 <p style="font-size: small; margin: 0;">LABORATORY OF PAIN & NEUROMODULATION</p>
Sexo: F () M () Escolaridade: _____	
Idade: _____ Data: ___/___/___ Testagem: _____	
Nº banco: _____ Entrevistador: _____	

Questionário de Sensibilização Central Brazilian Portuguese Central Sensitization Inventory - BP-CSI

Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos últimos três meses.

Circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.

PARTE A

	0	1	2	3	4
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã.	0	1	2	3	4
2. Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida.	0	1	2	3	4
3. Tenho crises de ansiedade.	0	1	2	3	4
4. Costumo apertar (ranger) os dentes.	0	1	2	3	4
5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.	0	1	2	3	4
6. Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias.	0	1	2	3	4
7. Sou sensível à luminosidade excessiva.	0	1	2	3	4
8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico.	0	1	2	3	4
9. Sinto dor em todo o corpo.	0	1	2	3	4
10. Tenho dores de cabeça.	0	1	2	3	4
11. Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar.	0	1	2	3	4
12. Durmo mal.	0	1	2	3	4
13. Tenho dificuldade para me concentrar.	0	1	2	3	4
14. Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão.	0	1	2	3	4
15. O estresse piora meus sintomas.	0	1	2	3	4

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL (continuação)

16. Me sinto triste ou deprimido(a).	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
17. Tenho pouca energia.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
18. Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
19. Tenho dor no queixo.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
0. Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
21. Preciso urinar frequentemente.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
22. Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
23. Tenho dificuldade para me lembrar das coisas.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
24. Sofri trauma emocional na infância.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
25. Tenho dor na região pélvica.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
TOTAL:					

Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citadas abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

PARTE B	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Ano do Diagnóstico</i>
1. Síndrome das pernas inquietas.			
2. Síndrome da fadiga crônica.			
3. Fibromialgia.			
4. Disfunção da articulação temporomandibular (ATM).			
5. Enxaqueca ou cefaleia tensional.			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável.			
7. Hipersensibilidade química (ex. poeira, cosméticos, poluição).			
8. Lesão cervical (incluindo lesão de chicote).			
9. Ansiedade ou ataques de pânico.			
10. Depressão.			

ANEXO D – LEEDS ASSESSMENT OF NEUROPATHIC SYMPTONS AND SIGNS (LANSS) (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 ajudar 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 do tipo "agulhadas," "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.
a. NÃO—Minha dor não se parece com is [0]
b. SIM—Eu tenho este tipo de sensação com frequência [5]
 2. A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras do tipo "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 e/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 nesta área [0]
b. SIM—Minha pele é mais sensível ao toque nesta área [3]
 4. A sua dor inicia de repente, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado? Palavras tipo "choques elétricos," "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.
a. NÃO—Minha dor não é sentida desta forma [0]
b. SIM—Eu tenho estas sensações com muita frequência [2]
 5. A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras tipo "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.
a. NÃO—Eu não tenho este tipo de sensação [0]
b. SIM—Eu tenho estas sensações com frequência [1]
- B. EXAME DA SENSIBILIDADE: A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contralateral ou nas áreas adjacentes não-doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).
6. ALODINIA: Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não-dolorida e, a seguir, 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 LIMAR POR ESTÍMULO DE AGULHA (LEA)
a. Determine o LEA através da 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" (LEA aumentado) ou "dor muito intensa" (LEA diminuído), isso significa que há um LEA 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 < 12, mecanismos neuropáticos são improváveis de estarem contribuindo para a dor do paciente.

Se escore ≥ 12, mecanismos neuropáticos provavelmente estão contribuindo para a dor do paciente.

**ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (GORENSTEIN;
ANDRADE, 1998)**

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio

ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (continuação)

8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões
14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 = não consigo fazer trabalho nenhum

ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (continuação)

16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
1 = não durmo tão bem quanto costumava
2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 = meu apetite está muito pior agora
3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente
2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
3 = perdi completamente o interesse por sexo

< 10: sem depressão ou depressão mínima;

10-18: depressão, de leve a moderada;

19-29: depressão, de moderada a grave;

30-63: depressão grave.

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS (SARDÁ JR., 2010)

Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinalar apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.	
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
2. Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com a dor.	<input type="checkbox"/>
3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa.	<input type="checkbox"/>
5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas.	<input type="checkbox"/>
6. Por causa da dor eu deito para descansar mais frequentemente.	<input type="checkbox"/>
7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	<input type="checkbox"/>
8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim.	<input type="checkbox"/>
9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar.	<input type="checkbox"/>
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
13. Sinto dor quase todo o tempo.	<input type="checkbox"/>
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
18. Não durmo tão bem por causa das dores.	<input type="checkbox"/>
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral.	<input type="checkbox"/>
23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	<input type="checkbox"/>
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>

0 = sem incapacidade;

> 14 = incapacidade física;

24 = incapacidade severa.

Mínima diferença clinicamente significativa é de 5 pontos. (FALAVIGNA et al., 2011)

