

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOR CRÔNICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS/MS
Nº 01, DE 22 DE AGOSTO DE 2024

INTRODUÇÃO

Conceito da dor → construído por cada indivíduo, influenciado por fatores biopsicossociais e nas experiências dolorosas. **Dor crônica** → duração >3 meses.

Três mecanismos biológicos implicados na dor: nociceptivo, neuropático e nociplástico (podem coexistir – dor mista).

Dor nociceptiva é a mais frequente, ocorre principalmente em terminações livres dos nervos nociceptivos e envolve a liberação de mediadores inflamatórios com vasodilatação, edema e dor. Estímulos repetidos → sensibilização do nociceptor → aumento da responsividade → pode ocorrer hiperalgesia e alodinia.

Dor neuropática é a que ocorre por “lesão ou doença” do sistema nervoso somatossensitivo.

Dor nociplástica é a que ocorre mesmo sem que haja evidência de lesão real (nociceção alterada). A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta.

Prevalência no Brasil: 40%; Lombalgia é a dor crônica mais frequente (77%), seguida por dor no joelho (50%), no ombro (36%), no tornozelo (28%), nas mãos (23%) e na cervical (21%).

Dores musculoesqueléticas são o problema de saúde mais frequente na população entre 15 e 64 anos, constituindo a principal causa de aposentadoria precoce, a segunda causa de tratamento de longo prazo e a principal causa de incapacidade em grupos dessa faixa etária.

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na melhora ou piora, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para um bom diagnóstico (Quadro I abaixo).

Quadro I – Tipos de dor e características da dor

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

Inicialmente → diferenciar a dor nociceptiva da dor neuropática → pelo questionário DN4 e pela escala de LANSS; muitas vezes, os mecanismos nociplástico e nociceptivo coexistem e se retroalimentam.

Padrão da dor → a dor pode ser diferenciada em padrão mecânico ou inflamatório.

Periodicidade: 1) dor pela manhã → avaliar como a pessoa dorme; 2) dor no fim da tarde → sobrecarga mecânica durante o dia; 3) dor noturna → (motivo de maior preocupação) suspeitar de dor inflamatória ou dor oncológica.

Avaliar **fatores de melhora e piora da dor**, assim como **antecedentes pessoais e familiares**.

EXAME FÍSICO

O exame físico da pessoa com dor crônica deve seguir a rotina propedêutica de inspeção, palpação, marcha, testes especiais, além do exame neurológico. O exame torna-se mais complexo quando há muito sofrimento e pode estar comprometido quando há ganho secundário ou nas psicopatias. O examinador deve buscar as reações espontâneas do paciente e evitar induzir respostas.

CID 10

R52.1 Dor crônica intratável

R52.2 Outra dor crônica

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

M16 Coxartrose (artrose do quadril)

M16.0 Coxartrose primária bilateral

M16.1 Outras coxartroses primárias

M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática

M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas

M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais

M16.7 Outras coxartroses secundárias

M16.9 Coxartrose não especificada

M17 Gonartrose (artrose do joelho)

M17.0 Gonartrose primária bilateral

M17.1 Outras gonartroses primárias

M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral

M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas

M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais

M17.5 Outras gonartroses secundárias

M17.9 Gonartrose não especificada

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com dor crônica (duração ≥3 meses). Especificamente para o uso de naproxeno, os pacientes devem possuir diagnóstico de osteoartrite de joelho ou de quadril.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com intolerância ou contraindicação a qualquer um dos medicamentos preconizados neste Protocolo serão excluídos do uso do respectivo medicamento.

DIAGNÓSTICO (continuação)

QUESTIONÁRIOS E ESCALAS

Diversos questionários e escalas podem ser aplicados para avaliação da dor como:

1. Diagrama corporal para localização da dor
2. Escalas de intensidade da dor: a) escala de descritores verbais da dor; b) escala visual numérica e analógica da dor; c) escala de faces
3. Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (Douleur Neuropathique 4)
4. Escala de dor LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*)
5. Escala do *Medical Research Council* (MRC) para avaliação da força muscular
6. Questionários de incapacidade funcional
7. Questionários de qualidade de vida: a) *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36); b) *The World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100 e WHOQOL-bref).

EXAMES COMPLEMENTARES

Indicados de acordo com critérios clínicos

Exames laboratoriais → entre os exames que podem ser solicitados quando houver indicação estão: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, função hepática, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase, exame de urina na suspeita de infecção, proteinúria ou hematúria na suspeita de doenças sistêmicas, exame de fezes (tanto para agentes parasitários quanto para sangue oculto).

Radiografia óssea → avaliação e seguimento de fraturas, artrites, desalinhamentos, deformidades ósseas, tumores, entre outros. Além disso, auxilia na exclusão de fatores de risco físico importantes no cuidado dos indivíduos com dor crônica. Sugere-se o uso da radiografia antero-posterior e perfil em apoio bipodal para auxiliar o diagnóstico de osteoartrite (AO) de joelho e de quadril.

Ultrassonografia → avalia tecidos moles e auxilia no diagnóstico de afecções musculoligamentares, tendinopatias, tenossinovites, sequelas de rupturas musculares e pode auxiliar na detecção de doença inflamatória em atividade.

Tomografia computadorizada → avalia especialmente o tecido ósseo.

Ressonância magnética (RM) → um dos exames que melhor avalia estruturas ósseas e tecidos moles.

Eletroneuromiografia (ENMG) → diagnosticar neuropatias periféricas sensitivas e motoras.

Densitometria óssea → avalia a massa óssea; acompanhamento de casos de osteopenia e osteoporose.

Cintilografia óssea → avaliar a condição geral do esqueleto e identificar tumores, doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas ou traumáticas.

Para mais informações consultar o **item 3** do PCDT Dor Crônica, PT nº 01, de 22/08/2024 (PCDT Dor Crônica). Para os Questionários e Escalas consultar o **Anexo A** do PCDT Dor Crônica.

TRATAMENTO

O tratamento reduz o sofrimento, melhora a qualidade de vida e a funcionalidade do indivíduo. O plano de gerenciamento da dor deve contemplar medidas medicamentosas e não medicamentosas. O planejamento do cuidado do indivíduo com dor crônica deve ser um processo participativo e colaborativo entre os profissionais da saúde e o paciente, priorizando o cuidado centrado na pessoa.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

As técnicas para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, emocionais e comportamentais, que oferecem ao paciente um senso de controle da situação e estimulam a responsabilidade e participação no tratamento.

1. Programas educativos → como intervenção e fonte de informação.

- Prover respostas às dúvidas do indivíduo; preparar e encorajar para o autocuidado; informar e tranquilizar o paciente sobre sua condição e tratamento.

2. Atividade física → condicionamento físico e exercícios terapêuticos

- Na dor crônica, em geral, os benefícios vão além daqueles esperados para os sistemas osteomioarticular e cardiovascular e incluem os efeitos neuroendócrinos e a plasticidade do SNC. Alguns pacientes com dor crônica podem experimentar dificuldades para se engajar nos programas mais tradicionais de exercícios terapêuticos ou atividade física.
- Incentivar a manter suas atividades habituais tanto quanto possível, e a aderir e manter a prática de atividades físicas regulares adequadas.
- Orientar sobre evitar o repouso absoluto, a menos que seja estritamente necessário como parte do tratamento; e reduzir o tempo com comportamento sedentário.
- Orientar postura e ergonomia.
- Por meio de uma abordagem interdisciplinar, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) proporcionam uma perspectiva direcionada para um cuidado continuado, humanizado e abrangente em saúde, instrumentalizando e sensibilizando os usuários para seu autocuidado.
- Agulhamento seco (inserção de agulhas finas de monofilamento) e compressão isquêmica de pontos gatilhos → tratamento isolado de ponto gatilho (PG) miofasciais.

3. Terapia manual → opção de tratamento em um contexto multimodal

- Melhorar a extensibilidade dos tecidos moles, aumentar a amplitude de movimento de complexos articulares, mobilizar ou manipular tecidos moles e articulações, induzir relaxamento, alterar a função muscular, modular a dor e reduzir edema dos tecidos moles, inflamação ou restrição de movimento.

4. Acupuntura → pode ser considerada opção viável para o tratamento da dor crônica

- Obs.: Descontinuar caso o paciente não esteja experimentando uma melhora significativa no 1º mês de tratamento.
- Adultos com OA de joelho e de quadril → a acupuntura pode reduzir dor e melhorar a função.

5. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) → emoções e comportamentos não são influenciados somente por eventos e acontecimentos, mas pela forma que se percebe e atribui significados a determinadas situações. Assim TCC pode ser aplicada no tratamento de dor crônica.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tratamentos medicamentosos, inseridos em uma abordagem multimodal, desempenham papel importante no controle da dor. A combinação de diferentes medicamentos para o tratamento da dor permite que eles atuem de forma sinérgica.

1. Dor nociceptiva → opioides e antiinflamatórios não-esteróides (AINE)

- consistem no principal tratamento para dor crônica musculoesquelética
- Ibuprofeno (um exemplo de AINE): na dor lombar e osteoartrite
- Paracetamol: pode ser usado, com cautela, em associação com AINE
- Opioides como codeína, morfina e metadona devem ser utilizados com parcimônia no tratamento da dor crônica não oncológica.

- A dor neuropática associada à nociceptiva ou em casos em que existem componentes de sensibilização segmentar, pode-se considerar o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes como medicamentos adjuvantes.

- OA de joelho e de quadril: paracetamol ou dipirona (1ª linha) → associar ou substituir por AINE (ibuprofeno) quando 1ª linha ineficaz → usar naproxeno quando com risco de evento cardiovascular.

2. Dor neuropática → o tratamento envolve o uso de medicamentos adjuvantes analgésicos, como os anticonvulsivantes (destaca-se a gabapentina e a carbamazepina) e alguns antidepressivos (como os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina (ISRSN)).

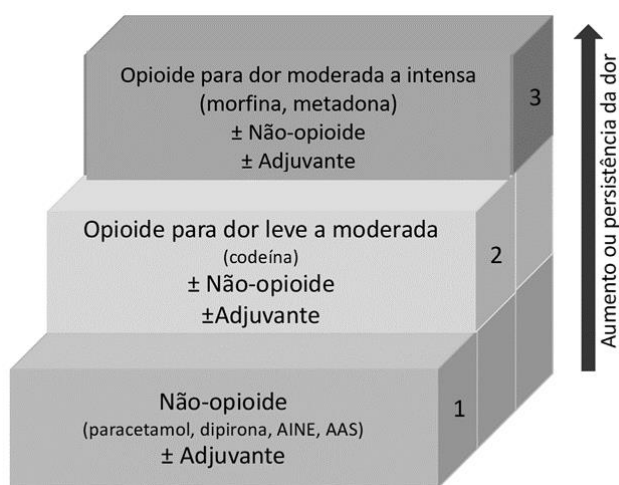
3. Dor nociplástica → uso de ISRSN, gabapentinoides (como gabapentina) e os ADT (por ex., amitriptilina e nortriptilina) que se mostraram eficazes na melhora do sono e da dor. Como a fibromialgia é a principal condição associada a dor nociplástica, o uso de ADT, como a amitriptilina, promove reduções significativas da dor, melhora do sono e qualidade de vida relacionada à saúde.

- Uso de opioide é desencorajado e o uso de relaxantes musculares não recomendado.

TRATAMENTO (continuação)

4. **Dor mista** → pode envolver componentes de dor nociplástica, neuropática ou nociceptiva → terapia combinada.
5. **Dor oncológica** → segue as recomendações da OMS, por meio da escada analgésica da dor → prescrição de não opioides, adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes) e opioides, cuja seleção dependerá da intensidade da dor (Figura I).
- Dor leve → não opioides (paracetamol, dipirona, AINE como por exemplo o ácido acetilsalicílico);
 - Dor moderada ou sem sucesso com tratamento da dor leve → opioides leves (codeína – monoterapia ou associada à não opioides);
 - Dor forte ou sem sucesso com tratamento da dor moderada → opioides fortes (morfina e metadona).

Figura I - Escada analgésica da dor adaptada.



FÁRMACOS

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

Uma melhora dos sintomas em 30% é considerada clinicamente significativa e 50% de melhora, um ótimo resultado. A dose ideal do medicamento é aquela que melhora a dor e a função do paciente em pelo menos 30%, com eventos adversos toleráveis. O tempo de tratamento varia de acordo com a necessidade de cada paciente direcionada para um cuidado continuado, humanizado e abrangente em saúde, instrumentalizando e sensibilizando os usuários para seu autocuidado.

Quadro II - Esquemas terapêuticos dos medicamentos preconizados

Fármaco	Posologia
Ácido acetilsalicílico	Adultos: 1 a 2 comprimidos. Se necessário, repetir a cada 4 ou 8 horas, com máximo de 8 comprimidos/dia. Crianças a partir de 12 anos: 1 comprimido. Se necessário, repetir a cada 4 a 8 horas, até 3 vezes por dia. Tomar os comprimidos preferencialmente após as refeições, com bastante líquido
Ácido valproico ou valproato de sódio	Adultos e crianças a partir de 12 anos: 250 a 750 mg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia. Crianças até 12 anos: 10 a 60 mg/kg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia. Se a dose total diária exceder 250 mg, ela deve ser administrada de forma fracionada em até três doses. Pacientes idosos e que apresentam efeitos adversos relacionados à dose: iniciar com doses mais baixas, a melhor dose terapêutica deverá ser alcançada com base na resposta clínica e na tolerabilidade.
Carbamazepina	Adultos e crianças acima de 12 anos: dose inicial de 200 a 400 mg/dia, com elevação gradual até obtenção da melhora da dor (geralmente 200 mg 3 a 4 vezes por dia) para neuralgia do trigêmeo; média de 200 mg; 2 a 4 vezes por dia para neuropatia diabética dolorosa; dose máxima de 1.200 mg/dia. Crianças de 6 a 12 meses: 5 a 20 mg/kg/dia; dose máxima de 35 mg/dia. Não existem dados disponíveis sobre a farmacocinética da carbamazepina em pacientes com insuficiência hepática ou renal. Idosos: é recomendada a dose inicial de 100 mg duas vezes por dia, que pode ser lentamente aumentada diariamente até a obtenção do alívio da dor. A dose deve ser gradualmente reduzida para o nível de manutenção mais baixo possível.
Cloridrato de amitriptilina	Adultos: 25 a 100 mg/dia; dose máxima: 150 mg/dia. Crianças acima de 12 anos e adolescentes: 25 mg ou 0,1 a 2 mg/kg/dia. Idosos: doses de 10 a 50 mg diárias, administradas de forma fracionada ou em dose única diária, preferencialmente ao dormir.
Cloridrato de clomipramina	Adultos: 10 a 150 mg/dia. Idosos: iniciar o tratamento com 10 mg/dia e aumentar gradualmente a posologia até uma dose ideal de 30 - 50 mg/dia, sendo mantido até o final do tratamento. Adolescentes: deve ser utilizado com precaução em adolescentes e as doses devem ser aumentadas com cautela. Pacientes com insuficiência hepática e insuficiência renal: deve ser administrado com precaução.
Cloridrato de metadona	Adultos: 2,5 a 10 mg a cada 6, 8 ou 12 horas; dose máxima de 40 mg/dia. Para o uso crônico, a dose e o intervalo da administração devem ser ajustados de acordo com a resposta do paciente. Idosos: utilizar a menor dose clínica eficaz.
Cloridrato de nortriptilina	Adultos: 25 mg; 3 ou 4 vezes por dia; dose máxima: 150 mg/dia. Idosos: 30 a 50 mg/dia em 2 ou 3 administrações ou em uma única dose por dia. Manter a menor dose diária total efetiva. Crianças de 6 a 12 anos: 1 a 3 mg/kg/dia. Crianças a partir de 12 anos: 30 a 50 mg/dia; dose máxima de 50 mg/dia.
Dipirona	Adultos e adolescentes a partir de 15 anos: 1 a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia ou 10 a 20 mL em administração única ou até o máximo de 20 mL, 4 vezes ao dia. Crianças a partir de 3 meses e adolescentes até 15 anos: 10 - 25 mg/kg a cada 6 horas. Crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg não devem utilizar esse medicamento. Pacientes com insuficiência renal ou doença hepática, idosos e debilitados: recomenda-se que o uso de altas doses seja evitado, entretanto, para tratamento em curto prazo não é necessária redução da dose.
Fenitoína	Adultos: 100 mg três vezes ao dia. Dose usual de manutenção de 300 mg a 400 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia. Crianças a partir de 6 anos: 5 mg/kg/dia divididos igualmente em duas ou três administrações; a dose de manutenção usual é de 4 mg a 8 mg/kg/dia; dose máxima 300 mg/dia. Idosos: inicialmente 3 mg/kg/dia em doses divididas; a dose deve ser ajustada de acordo com as concentrações séricas de hidantoína e de acordo com a resposta do paciente. Em pacientes com doença hepática ou insuficiência renal, a concentração de fenitoína livre pode aumentar, sendo recomendada a análise dessas concentrações nesses casos.

Fármaco	Posologia
Fosfato de codeína	Adultos: 30 a 60 mg, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 360 mg/dia. Idosos: dose inicial de 15 mg de 4/4 horas; dose máxima de 360 mg/dia. Crianças e adolescentes: 0,5 a 1,0 mg/kg/ dose a cada 4 a 6 horas; dose máxima de 60 mg/dia. Pacientes com doença hepática ou insuficiência renal: iniciar com cautela o tratamento, com a menor dose eficaz e titular com cuidado.
Gabapentina	Adultos, adolescentes e crianças a partir de 12 anos: 900 mg, 3 vezes ao dia, podendo ser aumentada até a dose máxima de 3.600 mg/dia. Crianças entre 3 e 12 anos: 10-50 mg/kg/dia. Idosos: as mesmas doses recomendadas para adultos podem ser administradas em pacientes idosos. Para pacientes com função renal comprometida: as doses devem ser reduzidas em pacientes com insuficiência renal (depuração da creatinina < 79 mL/min). Pacientes em hemodiálise: para aqueles que nunca receberam gabapentina, é recomendada uma dose de ataque de 300 mg a 400 mg e, posteriormente doses de 200 mg a 300 mg de gabapentina após cada 4 horas de hemodiálise.
Ibuprofeno	Adultos: 200 a 600 mg, 3 a 4 vezes/dia ou 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas; dose máxima de 3.200 mg/dia. Crianças a partir de 6 meses: 1 a 2 gotas/kg 3 a 4 vezes por dia, não excedendo 40 gotas/dose; dose máxima de 160 gotas/dia. Pacientes pediátricos, menores de 12 anos, não devem exceder a dose máxima de 40 gotas (200 mg) por dose e 160 gotas (800 mg) por um período de 24 horas..
Naproxeno	Adultos: 250 mg, 1 a 2 vezes/dia, ou 500 mg 1 vez/dia. A dose diária de 500 mg não deve ser excedida, salvo se sob prescrição médica. Idosos: devem ser consideradas doses mais baixas. Crianças: menores de 12 anos não devem tomar este medicamento, salvo sob prescrição médica. Pacientes com insuficiências hepática, renal ou cardíaca: pode haver necessidade de redução da dose.
Omeprazol	Adultos: profilaxia de úlceras duodenais e esofagite de refluxo: 10 mg ou 20 mg antes do café da manhã.
Paracetamol	Adultos e crianças a partir de 12 anos: 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 4.000 mg/dia. Crianças abaixo de 12 anos: 10 a 15 mg/kg a cada 4 ou 6 horas; dose máxima de 75 mg/kg/dia.
Sulfato de morfina	Morfina oral: Comprimido, solução oral e gotas – ação curta: Adultos: iniciar com 5 a 30 mg a cada 4 horas; não há dose máxima, devendo ser estabelecida de acordo com tolerância individual. Para a maioria dos pacientes, esta dose é de cerca de 180 mg/dia. Idosos: dose inicial de 5 mg a 4 horas (dose mínima, o tratamento não deve exceder o tempo necessário para melhora dos sintomas). Crianças e adolescentes: 0,1 a 0,4 mg/kg/dose a cada 4 horas. Cápsulas de liberação prolongada: Iniciar após estabelecimento da dose ideal com a morfina de liberação imediata. Adultos: 30 a 100 mg a cada 12 horas. Morfina injetável: Adultos: a conversão de dose deve considerar a proporção 1:3 (venosa:oral). Crianças e adolescentes: 0,1 mg/kg a cada 2 a 4 horas..

Para informações sobre efeitos adversos dos fármacos consultar o **item 6.2.8 Eventos adversos** do PCDT Dor Crônica.

MONITORIZAÇÃO

O acompanhamento do paciente com dor crônica deve ser feito por equipe multidisciplinar, com atuação integrada nos diferentes níveis de atenção, em que as decisões são tomadas conjuntamente, incluindo também a opinião e a preferência dos usuários. As recomendações de acompanhamento são as seguintes:

- Consultas com equipe multidisciplinar (médico de família e comunidade, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) --- a cada 3 meses e de acordo com a necessidade.
- Consultas com médico especialista (ortopedista, fisiatra, reumatologista, paliativista, entre outros) ou com outros membros da equipe multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física, entre outros) --- de acordo com a necessidade.
- Exames laboratoriais: hemograma, exames para avaliar função renal, função hepática, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides --- anual e de acordo com a necessidade.
- Velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase, sorologias para hepatite B e hepatite C, HIV e sífilis, dosagem de ferro, ferritina, ácido fólico e vitamina B12 --- para diagnóstico diferencial e de acordo com a necessidade
- Exames de imagem - raios x, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, cintilografias --- para diagnóstico diferencial e de acordo com a necessidade.

Além do acompanhamento clínico, é recomendável a elaboração de um plano de cuidado autogerido pelo paciente, destacando seu papel ativo no controle da dor crônica. Dada a complexidade dessa condição e a raridade de sua completa eliminação, é fundamental capacitar os pacientes para utilizarem ferramentas que favoreçam o autogerenciamento da dor, visando melhorar a qualidade de vida e promover maior autonomia. Também é necessário avaliar o equilíbrio entre os riscos e benefícios do uso de AINE em pessoas com doenças cardiovasculares, gástricas ou renais, assegurando uma avaliação adequada e o monitoramento contínuo desses fatores de risco.

REGULAÇÃO E CONTROLE

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além de monitorar a duração do tratamento e verificar as doses prescritas e dispensadas de medicamentos. Casos de dor crônica devem ser acompanhados principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), com suporte especializado quando necessário. É necessário consultar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para localizar os medicamentos recomendados pelo protocolo. Estados e municípios devem manter atualizadas as informações sobre estoques e distribuição de medicamentos e enviá-las ao Ministério da Saúde, via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). O tratamento da dor crônica deve ser multidisciplinar, com foco em promoção da saúde e prevenção de doenças, preferencialmente na APS. O Programa Academia da Saúde é citado como uma estratégia importante, oferecendo ações adaptadas aos contextos locais, como atividades físicas, alimentação saudável e Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que promovem o cuidado integral e o autocuidado, sem substituir o tratamento convencional. A dispensação de opioides, regulada pela Portaria SVS/MS nº 344/1998, pode ocorrer em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou hospitais habilitados, mediante Receita de Controle Especial. Há especificações para a quantidade máxima de opioide dispensada para tratamento ambulatorial, além de normas de escrituração e guarda a serem seguidas. A RDC nº 202/2002 isenta a Notificação de Receita "A" para codeína, morfina e metadona em tratamentos ambulatoriais de dor e cuidados paliativos.

► As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS nº 01, de 22 de agosto de 2024 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midiás/protocolos/dorcronica-1.pdf>

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal