

Projeto de
Construção de Protocolo de
Abordagem de Dor Mecânica
para (e por) Médicos de Família

- maio 2012 -

Resumo:

Queixas de dor são o principal motivo de demanda espontânea por atendimento médico na atenção primária. O médico de família e comunidade é um profissional estratégico para a abordagem precoce, integral e empoderadora da dor de ritmo mecânico – de longe o ritmo mais freqüente, associado ao sistema musculoesquelético. Um protocolo-piloto, incluindo uma rotina de avaliação orientada ao modelo bio-psico-social, técnicas de inibição ou desativação de pontos-gatilhos miofasciais, e orientações para auto-cuidado, foi proposto, para servir de base para capacitação, discussão, e construção de um protocolo-produto, para e por médicos de família, em parceria com especialidades afins; a ser validado cientificamente.

Projeto de Construção de Protocolo de Abordagem de Dor Mecânica para (e por) Médicos de Família

Autor: Dr. Marcos Paulo Veloso Correia

CRM 52.67917-8

Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC

Especialista em Reumatologia pela UFRJ e SBR

1. INTRODUÇÃO:

Queixas de dor são o principal motivo de demanda espontânea por atendimento médico na atenção primária (Karty, 2012). A dor é fator limitante para atividades de vida diária, de lazer e profissionais, influenciando em vários aspectos qualquer intervenção preventiva, terapêutica ou de promoção de saúde. A baixa correlação clínico-radiológica exige que o raciocínio tenha forte base semiológica, de modo a evitar equívocos em diagnósticos e tratamentos, e mal uso de recursos. O tratamento da dor crônica – aquela persistente para além do tempo de cura normal do tecido (IASP, 2011) – pode ser particularmente complexo, ao exigir trabalho interdisciplinar e participação ativa do paciente, quer pelos efeitos colaterais do uso crônico das medicações, pelo processo natural de sensibilização do sistema nervoso central, ou pelas freqüentes disfunções e barreiras (físicas, psicológicas e sociais) associadas. A demanda por especialistas relacionados à área, a saber: fisioterapeutas, fisiatras, acupunturistas, reumatologistas, ortopedistas, neurologistas, neurocirurgiões, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros, é sempre muito maior que a oferta, e a coordenação do cuidado é prejudicada pela ausência de uma cultura bem estabelecida de interdisciplinaridade.

Por sua vez, a interdisciplinaridade tem dois desafios principais. O primeiro é a homogeneização de linguagem e conceitos – quer entre formações profissionais distintas, quer entre grupos da mesma profissão. Este desafio diz respeito à construção coletiva de modos integrados e melhores de se entender e abordar o problema da dor (transdisciplinaridade). O segundo são as dificuldades inerentes à avaliação científica de abordagens não-farmacológicas, por atuarem em múltiplos (e nem sempre bem conhecidos ou mensuráveis) aspectos da experiência de dor, em contraste com a relativa especificidade bioquímica perseguida pelas abordagens farmacológicas; ao que se somam a variabilidade técnica e de experiência entre profissionais; a exigência de adaptação do método conforme evolução do exame clínico e dos fatores perpetuantes; a superposição (intrinsecamente desejável) a outras abordagens, farmacológicas e não-farmacológicas; e a maior suscetibilidade de terapias não-farmacológicas à influência de fatores confundidores de âmbito pessoal ou cultural; todos típicos na prática clínica¹. Diz respeito a como se testar se uma solução é realmente a melhor. Os dois desafios são interdependentes, pois a falta de linguagem e conceitos unificados prejudica a pesquisa, e as dificuldades de avaliação científica contribuem para a larga variabilidade e insegurança nas indicações clínicas, reforçando o corporativismo em detrimento da capacitação mútua e construção coletiva.

Insucesso nestes desafios, por sua vez, não apenas dificulta o trabalho interdisciplinar e o aprimoramento coletivo da abordagem semiológica, mas também desvia a confiança de pacientes,

¹ Uma revisão abrangente das dificuldades relacionadas ao estudo científico de terapias não-farmacológicas em dor pode ser encontrada em: Bennett, 2010.

profissionais, gestores e investidores, do papel do raciocínio semiológico como principal norteador do diagnóstico e tratamento (contraposto ao papel dos exames complementares); e da importância central das abordagens não-farmacológicas (incluindo orientações e abordagens físicas) no tratamento da dor crônica. Por outro lado, sucessos potencialmente se desdobrariam na expansão da resolutividade da atenção primária (interdisciplinar por vocação) no tratamento da dor; com decorrentes ganhos quanto a acesso e empoderamento (incluindo auto-cuidado) dos pacientes; redução e otimização das demandas por especialistas e exames; e facilitação ao diálogo e aglutinação interdisciplinar.

Várias iniciativas têm ocorrido ao redor do mundo, quanto aos dois desafios. Grandes ensaios controlados e randomizados de alta qualidade sobre intervenções não-farmacológicas em dor músculo-esquelética foram publicados nos últimos anos; e, em resposta à tendência de mostrarem “no máximo benefícios pequenos a moderados, e nenhuma ou muito pouca diferença entre a efetividade de diferentes abordagens”, “em notório contraste com a impressão clínica de muitos profissionais, que vêem pacientes individuais melhorarem, frequentemente de modo dramático”, foi publicada recentemente uma iniciativa de construção interdisciplinar, multinacional, de recomendações prioritárias para futuras pesquisas na área (Foster *et al.*, 2009). A melhora dos ensaios clínicos randomizados em acupuntura estabeleceu sua eficácia em várias circunstâncias clínicas, mas deixou questões – motivando o estabelecimento da Acupuncture Trialists’ Collaboration, com o fim de combinar os dados brutos dos ensaios de melhor qualidade em um único conjunto de dados, para fundamentar discussões acerca tanto do manuseio de dor crônica quanto ao desenho de próximos ensaios em acupuntura (Vickers *et al.*, 2010). Crescem, em todo o mundo, os debates e iniciativas de consenso quanto aos parâmetros mais importantes para mensuração da dor crônica e suas conseqüências; dos fatores predisponentes mais essenciais, candidatos a monitoramento e abordagem sistemáticos; e dos parâmetros que melhor auxiliariam a crítica e validação científica de futuros protocolos de tratamento (Dworkin *et al.*, 2005; Boutron *et al.*, 2008; Foster *et al.*, 2009; Nicholas *et al.*, 2008; Schulz *et al.*, 2010). Por um lado, várias abordagens de uso corrente, como a acupuntura contemporânea, têm sido ainda pouco testadas em grandes ensaios; por outro lado, estudos por imagem em neurofisiologia sugerem que focar o tratamento nas alterações no sistema nervoso central secundárias à dor possa ser talvez a melhor estratégia (Wand *et al.*, 2008).

A rede primária de atenção tem responsabilidade nestas questões, e em aliar-se com as iniciativas científicas para busca de respostas. Mesmo nos casos em que questionários foram validados para avaliação de aspectos relevantes da experiência de dor e/ou separação de grupos de prognóstico e abordagem distintos, incorporar seus constructos de um modo equilibrado, intuitivo, e adequadamente conciso, à consulta clínica usual, em que vários outros assuntos são avaliados e discutidos além da dor, prossegue como um importante desafio para cada profissional individualmente. E parece crescer o conceito de que o aprofundamento crítico e/ou validação científica de técnicas sedimentadas na experiência aguarde a construção de redes de pesquisa focadas também na assistência (Foster *et al.*, 2009; Imamura *et al.*, 2009).

Por outro lado, ao longo das últimas décadas, algumas abordagens têm obtido êxito no alívio ou controle da dor de ritmo mecânico – de longe o padrão de dor mais comum, relacionado ao sistema locomotor – onde o tratamento medicamentoso tradicional, mais oneroso, foi ineficaz (Travell *et al.*, 1999; Davies *et al.*, 2004); com a vantagem de interferir diretamente em componentes importantes deste contexto, porém de lenta ou difícil resolução por outras técnicas. Mesmo nos casos em que não sejam completamente resolutivas, algumas técnicas servem de importante ferramenta semiológica, pela rápida aplicação e resposta imediata, orientando a

solicitação e interpretação de exames complementares complexos, e com vantagens adicionais de: insumos de baixo custo; realização em consultório ou domicílio; efeito potencialmente duradouro, na ausência de fatores perpetuantes; e baixo risco de complicações, se usadas em protocolos restritos. São exemplos: a inibição de pontos-gatilho por massagem em *deep-stroking*, e a inativação de pontos-gatilho por bloqueio para-espinhoso e agulhamento. Em especial, a massagem tipo *deep-stroking* pode ser ensinada ao paciente, ao lado de manobras de alongamento e relaxamento muscular, adaptações posturais e em atividades de vida diária, e técnicas cognitivo-comportamentais; contribuindo para a participação ativa do paciente em seu tratamento e na prevenção e abordagem precoce de agudizações. Além disto, estas abordagens podem ser consideradas da alçada do médico de família, na dependência somente de capacitação adequada.

A medicina de família e comunidade (MFC) é uma especialidade globalmente reconhecida, construída sob os focos de: abordagem centrada na pessoa, sua rede social e condições de vida; prevenção e tratamento das morbidades mais frequentes; e apoio, coordenação e garantia da continuidade do cuidado nos demais casos – nos quais eventualmente vários especialistas (médicos e não-médicos) serão necessários (SBMFC, 2004; Wonca Europe, 2011). Estas características, e outras que daí derivam ou acompanham² tornam-na a principal porta de entrada para o sistema de saúde em vários países, dentre os quais o Brasil, e parceiro importante no tratamento da dor. A importância da atenção primária como pólo de tratamento de dor crônica é reconhecida pelo Projeto Brasil sem Dor (SBED, 2003), pelo consenso em dor crônica não-oncológica do ICSI (ICSI, 2011) e pelo documento definidor de escopo do futuro consenso em dor crônica não-oncológica da WHO (WHO, 2008), dentre outros.

A construção de um protocolo para abordagem de dor de ritmo mecânico, incluindo técnicas de baixo risco e custo, largo acesso e, preferencialmente, estimuladoras de uma postura participativa pelo paciente, e com a participação de médicos de família em sua implementação, é ainda um projeto pioneiro e relevante, tanto por incentivar a discussão de alguns conceitos e técnicas pouco difundidas entre os médicos de família, quanto por sua realização no âmbito da rede primária de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, com o enorme impacto social e redução de custos daí potencialmente decorrentes. A este respeito, foi iniciado, em abril de 2006, junto ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ (PMF-Niterói), um projeto visando: capacitação de médicos de família em um protocolo-piloto; teste, discussão e aperfeiçoamento deste protocolo pelos médicos de família participantes, em suas respectivas práticas; construção coletiva de um protocolo-produto; e avaliação e validação deste protocolo-produto, quanto à praticidade e resolutividade, com publicação de trabalhos. O ensino seria orientado a problemas reais – a saber, casos crônicos (ou incapacitantes) em falha da terapia usualmente disponível no SUS, trazidos pelos médicos de família participantes. Um desdobramento importante seria o de servir de pivô para discussões interdisciplinares, à medida em que colegas de outras especialidades se agregassem em torno da proposta, somando-lhe suas experiências e sugestões.

Embora várias circunstâncias tenham precluído a capacitação formal de um grupo de

² e.g. modelo centrado no vínculo; estímulo à autonomia e à participação ativa do usuário; foco na saúde, e não na doença; abordagem integral (bio-psico-social); longitudinalidade do cuidado; universalidade de acesso (independente de idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão); priorização de território adscrito; proximidade física a este território, incluindo visitas domiciliares rotineiras, e cadastro e acompanhamento da totalidade desta população, com uso dos dados epidemiológicos no apoio à tomada de decisões; conhecimento e inserção na realidade local, facilitando a captação e abordagem precoces; ênfase em competência cultural; ênfase em resolutividade, no compromisso com a gestão racional de recursos, e na atualização científica continuada; e ênfase em interdisciplinaridade, englobando consensos e técnicas de outras especialidades médicas e não-médicas, no que digam respeito à sua prática.

médicos de família no protocolo-piloto (e daí também as fases seguintes), avanços se fizeram evidentes na divulgação, aperfeiçoamento e detalhamento do protocolo inicial, com desdobramentos relevantes, particularmente: discussão do relato da experiência do Projeto no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade de 2011, com proposta de composição de um Grupo de Trabalho em Dor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; aula oficial proferida em 2011 aos médicos de família do PMF, no horário oficial de educação permanente, sobre abordagem de dor para médicos de família, discorrendo sobre aspectos do protocolo; disponibilização de discussão do protocolo via internet item-a-item, aos profissionais interessados; construção de planilha eletrônica correspondente, acoplável ao sistema de planilhas do projeto paralelo “PMF à Mão”³; divulgação e discussão dos princípios com colegas médicos de família, técnicos de enfermagem (os quais incorporam, no PMF-Niterói, a função de agentes de saúde), e acadêmicos de medicina e odontologia acompanhados no semestre; revisões de literatura; e a estrutura atual.

Algumas complementações ao projeto inicial merecem destaque.

A figura do tutor especialista (médico e não-médico), bem como do especialista colaborador (médico e não-médico), foram inseridas, explicitando a proposta de que este seja um fórum de debate e construção interdisciplinar, e não somente entre médicos de família – que só terão a contribuir e ganhar com o processo. Neste propósito, a descrição dos objetivos do trabalho passa a enfatizar as características que nortearam as escolhas das abordagens, ao invés das abordagens em si; estabelecendo um critério para sugestões por todos os participantes (médicos e não-médicos) de possíveis outras escolhas para o protocolo-produto. Na versão atual, são explicitamente reconhecidos como objetivos secundários o estímulo ao fortalecimento de uma rede de discussão interdisciplinar; o estímulo à crítica e contribuição científicas pelos participantes desta rede e do Projeto; e a divulgação das peculiaridades referentes à dor mecânica, à dor miofascial, e à pesquisa científica de abordagens não-farmacológicas em dor mecânica, aos profissionais de saúde. Possíveis desdobramentos, inclusos nestes objetivos, são: a capacitação simultânea e participação ativa dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família, na interface que cada função tenha com os tópicos discutidos; a inclusão destes profissionais nas discussões, com seus olhares e contribuições únicos; e, quiçá, a construção de projetos semelhantes, paralelos, para (e pelas) demais especialidades da Estratégia de Saúde da Família, associados entre si.

Além do estímulo à interdisciplinaridade, três outros temas permeiam – e resumem – o Projeto: contribuir a discussões para homogeneização gradativa de linguagem, registro e raciocínio; discutir entre os médicos de família conceitos, técnicas e orientações voltadas ao raciocínio clínico e à participação ativa do paciente, que possam ser levadas com baixos custo e risco, e complexidade

³ “Projeto de Organização de Prioridades por Localização & Gravidade usando Planilhas Eletrônicas Interligadas”: projeto do autor, iniciado em 2005, acerca da confecção, teste e aperfeiçoamento de um sistema de planilhas eletrônicas interligadas para automatizar a ordenação por morador e local, e graduação por gravidade e urgência, das pendências concernentes a grandes temas de saúde; mostrando, simultaneamente, quais existem a respeito de um dado morador, demais indivíduos de seu domicílio, vizinhos, e determinantes sociais de saúde relevantes a cada família; e que regiões teriam pendências mais numerosas ou graves. Cada casa seria localizada por seu número de cadastro (por terem sido cadastradas em seqüência, ao longo de rotas escolhidas) ou por uma adaptação deste número, em casos especiais (como casas construídas após o cadastramento). Um módulo em construção permitiria uso de coordenadas GPS. O sistema deveria ter equivalente gratuito e permitir fácil inserção e adaptação de temas pelo profissional da ESF, conforme peculiaridades locais, independentemente de conhecimento avançado de informática, de modo a estimular trabalhos e troca de experiência; pelo que foi desenvolvido em Excel®. Uma planilha para “Dor Mecânica” foi construída, segundo o protocolo-piloto, incorporável ao sistema de planilhas, de modo a auxiliar a padronização dos dados coletados e o acompanhamento e captação dos pacientes.

adequada, a qualquer local do país (incluindo, preferencialmente, o domicílio do paciente, quando a situação o exigir); e, por último, estimular a atualização permanente e a contribuição científica, alinhada com iniciativas internacionais de avaliação de abordagens não-farmacológicas em dor. Estes temas, carinhosamente resumidos pelos *slogans* “Registro, logo penso”, “O que couber na bolsa [que a equipe leva ao trabalho de campo]”, e “Atualização e contribuição científicas”, estão respectivamente espelhados na composição estabelecida para o futuro protocolo-produto, a saber: uma proposta de avaliação e registro; uma proposta de tratamento; e uma súmula de indicações de exames complementares, pareceres e encaminhamentos; orientadas a estes princípios (vide Objetivos Principais).

A padronização de avaliações e registro ganhou especial importância ao longo destes anos de Projeto, por sua percepção como peça básica para o diálogo e análise crítica (“Registro, logo penso”). As variáveis relevantes são muitas e, ainda que eventualmente estudadas a fundo individualmente, não são lembradas ou mensuradas de modo uniforme na literatura. Como proposta, o protocolo-piloto original designava, além dos dados básicos de identificação, quinze pontos a serem acompanhados⁴. O protocolo-piloto atual detalha, amplia e reorganiza este conjunto, em uma estrutura quiçá mais prática, didática e adequada para comparações; apostando na importância do registro para a organização do raciocínio, homogeneização de linguagem, e identificação de pacientes em grupos de possível abordagem ou prognóstico distintos. São destacados alguns pontos de pouco consenso em literatura, e instrumentos alternativos de mensuração em cada etapa. Mais do que pelo formato específico, mas principalmente pela intenção de servir de base provocativamente extensa para discussões interdisciplinares centradas na atenção básica, espera contribuir de modo pioneiro às demais discussões em curso sobre possíveis fatores de acompanhamento prioritário em dor crônica.

Atenção também foi dada às intervenções, dentro dos critérios mencionados acima (“O que couber na bolsa”). O uso racional dos medicamentos mais comumente disponíveis no SUS foi destacado, e uma pequena rotina mínima explicitada, incluindo tricíclicos (Watson, 2006); com foco na redução inespecífica da dor em apoio ao exame físico e demais abordagens. Prevê-se a expansão do conjunto de procedimentos diagnóstico-terapêuticos (tão destacados pelo protocolo-piloto original, a saber: massagem tipo *deep stroking*; agulhamento de pontos-gatilho miofasciais; e bloqueio para-espinal), embora se mantendo as características preconizadas em Objetivos. A prescrição de adaptações simples de calçados para desproporções comuns, tanto comentada na bibliografia originalmente proposta (Travell, 1999; Davies, 2004) foi incluída, como passo para discussão de outras adaptações ergonômicas e dispositivos auxiliares. O protocolo-piloto original previa um conjunto de orientações sobre: alongamento e relaxamento de grupos musculares, auto-massagem, postura, ergonomia e atividades de vida diária; às quais foram somadas: orientações quanto a enfrentamento e plano terapêutico, fortalecimento gradual, e importância de condicionamento físico e exercícios de equilíbrio. O Projeto pretende contribuir para a avaliação científica em larga escala (se possível) das abordagens escolhidas, especialmente adaptadas para atenção primária; também em si um trabalho pioneiro.

⁴ i.e. profissão e atividades; nível de atividade; co-morbidades relevantes; outros possíveis fatores contribuintes para manutenção da dor; localização e irradiação da dor; episódios prévios; início do atual episódio; resposta a medicamentos e terapias; intensidade usual da dor (por escala visual analógica ou outros métodos); intensidade da dor imediatamente prévia à abordagem; pontos-gatilho e algícos simples encontrados; sensibilização espinal segmentar encontrada; abordagens realizadas; resposta a cada abordagem; e resultado imediato global obtido (a incluir intensidade final da dor, e comentários).

Por fim, um resumo de indicações para exames, pareceres e encaminhamentos (a especialistas médicos e não-médicos), baseado na literatura corrente, na avaliação continuada do paciente, e na resposta aos tratamentos, foi incluído dentre Objetivos Principais; como consequência natural do compromisso com a revisão científica crítica, atualização permanente, interdisciplinaridade, e alinhamento com iniciativas internacionais, que será a rotina de todo o processo (“*Atualização e contribuição científicas*”); e por sua relevância ao aprofundamento do diálogo entre os vários componentes da rede de saúde. De modo a tornar mais concreto o escopo de dores regionais mecânicas a ser discutido, e ao mesmo tempo manter (coerentemente) a abrangência, a atual versão do Projeto explicita sete grupos de dores mecânicas regionais a serem priorizadas na fase de treinamento, escolhidas por critérios de prevalência e impacto (Macfarlane, 2006; IASP, 2009; Oortwijn *et al.*, 2011), as quais, prevêem-se, sejam também as priorizadas à fase de construção do protocolo-produto; a saber: lombalgia, cervicalgia (& cefaléia); ombralgia; genalgia; dor relacionada à articulação temporomandibular; dor em ante-braços e/ou mãos; e dores em pernas e/ou pés; quando de ritmo mecânico.

A presente atualização detalha estas e outras adaptações e destaques realizadas ao longo dos seis anos desde a confecção da proposta original, esperando ser útil às discussões e sugestões, transdisciplinariamente, que se sigam, ao longo do desenrolar do Projeto em 2012.

Uma versão detalhada do Projeto – incluindo o contexto histórico, as discussões que deram origem aos itens propostos, o detalhamento dos procedimentos e orientações, e resumo da literatura corrente – encontra-se em andamento.

2. OBJETIVOS:

2.1. *Objetivos Primários:*

Construção e validação de protocolo para abordagem da dor de ritmo mecânico, para (e por) médicos de família (MFs), contemplando:

i. uma rotina de **registro e avaliação**, segundo os critérios:

- ênfases semiológica e bio-psico-social;
- concisão adequada à incorporação a uma consulta clínica usual;
- abrangência adequada à análise crítica, e à identificação de subgrupos com prognóstico ou abordagem distintos;
- inclusão, conforme indicados, de procedimentos diagnóstico-terapêuticos para a orientação do raciocínio, com as características descritas a seguir;

ii. uma rotina de **tratamento**, incluindo:

procedimentos diagnóstico-terapêuticos, segundo os critérios:

- ênfase semiológica e rápidas execução e resposta, de modo a integrar-se à consulta usual e orientar o raciocínio clínico;
- baixo risco, e complexidade técnica adequada (i.e. a capacitação necessária ao entendimento e realização adequada do procedimento em questão deve ser possível partindo somente de princípios e habilidades contemplados na graduação médica tradicional e/ou na especialização em MFC, sem pré-requisito de uma segunda especialização), de modo a serem utilizados com segurança e reprodutibilidade;
- largo acesso, pelo uso de insumos (se necessários) de baixo custo e larga disponibilidade, e técnicas preferencialmente aplicáveis tanto em consultório quanto em domicílio;
- referencial teórico alinhado com os das demais intervenções terapêuticas, de modo a facilitar o entendimento do raciocínio e proposta pelo paciente, estimulá-lo a uma postura participativa, e empoderá-lo sempre que possível (vide orientações de auto-cuidados);

orientações a auto-cuidados, segundo os critérios:

- baixos risco e complexidade, de modo a serem utilizados com segurança e reprodutibilidade pelo paciente (e/ou cuidador);
- ênfase em: participação ativa do paciente (e/ou cuidador), consciência de continuidade entre a ação do profissional e a do paciente (e/ou cuidador), e estímulo de um vínculo firmado na capacitação mútua;

- abrangendo:
 - ✓ adaptação de hábitos e ambiente (ergonomia);
 - ✓ inibição de pontos-gatilho, relaxamento e alongamento muscular, exercícios e/ou orientação a planos terapêuticos incluindo fortalecimento, equilíbrio, e condicionamento físico;
 - ✓ orientações de ordem cognitivo-comportamental, incluindo vínculo, ganhos secundários, enfrentamento, e plano terapêutico; e
 - ✓ orientações de ordem social;

e prescrição de **medicamentos**, bem como **dispositivos auxiliares** e **adaptações ergonômicas**, segundo os critérios:

- baixo custo e larga disponibilidade, preferencialmente com fornecimento previsto via estratégia de saúde da família;
 - prescrição conforme doses, precauções e indicações da literatura vigente, e no contexto de apoio às demais intervenções;
- iii. uma súmula de indicações de **exames complementares e encaminhamentos** a especialistas conforme avaliação e resposta observadas, alinhada com a síntese da literatura acerca das condições dolorosas mecânicas mais prevalentes e da dor crônica não-oncológica em geral;

através de um processo de construção coletiva, contemplando:

- i. **capacitação** orientada a casos em falha terapêutica, trazidos pelos próprios médicos participantes ou colaboradores; incluindo o treinamento em um protocolo-piloto, sugerido com foco nos critérios acima;
- ii. **teste** do protocolo-piloto nas realidades específicas dos médicos participantes, quanto a viabilidade, reprodutibilidade, e eficiência;
- iii. **construção** de um protocolo-produto, a partir da discussão e adaptação do protocolo-piloto pelos médicos participantes, com base na experiência das fases anteriores;
- iv. **validação** científica do protocolo-produto, e publicação de trabalhos.

2.2. *Objetivos Secundários:*

- i. Estímulo ao fortalecimento de uma **rede de discussão interdisciplinar**, voltada para:
 - Homogeneização de linguagem e conceitos, e reconhecimento mútuo das peculiaridades quanto a anamnese, exame físico, raciocínio, e graus de evidência, de modo a facilitar a comunicação interdisciplinar e a identificação de subgrupos de prognóstico e abordagens distintas;
 - estímulo a estratégias de debate interdisciplinar e capacitação mútua continuada entre profissionais da área de dor (médicos e não-médicos), incluindo médicos de família;
 - identificação e discussão de procedimentos diagnóstico-terapêuticos e orientações passíveis de serem adaptados à alçada da MFC, em apoio à triagem, abordagem inicial, resolutividade, referência precoce, e acompanhamento peridomiciliar continuado pela MFC, em seu suporte às demais especialidades (médicas e não-médicas);
 - levantamento, síntese e crítica da literatura, com vistas à melhora da assistência pela rede de saúde, e a possíveis contribuições científicas voltadas a pontos de dúvida, alinhadas às iniciativas internacionais correntes;

- ii. estímulo à **crítica e contribuição científicas pelos participantes do Projeto**, espelhado por:
 - discussão dos consensos e literatura especializada como parte do processo de capacitação, com vistas ao alinhamento e contribuição do Projeto às iniciativas internacionais de crítica e validação de terapias não-farmacológicas em dor;
 - registro sistemático de medicação e demais tratamentos utilizados, bem como fatores perpetuantes e barreiras ao tratamento, com vistas à análise crítica posterior;
 - indicações de medicamentos, dispositivos auxiliares e adaptações ergonômicas, exames complementares e encaminhamentos a especialistas, baseados em consensos e síntese da literatura especializada para as condições dolorosas mais prevalentes;
 - interação com uma rede de discussão interdisciplinar potencialmente alinhada ao Projeto;

- iii. **divulgação aos profissionais de saúde** das peculiaridades referentes à dor de ritmo mecânico, à síndrome de dor miofascial (em particular), e à pesquisa científica de abordagens não-farmacológicas em dor mecânica.

3. MÉTODO:

3.1. Critérios de Inclusão:

3.1.1. De especialistas colaboradores (médicos e não-médicos):

- i. comprometimento com a proposta do Projeto; especialização e experiência em tratamento de dor crônica; e disponibilidade para ensino e acompanhamento dos médicos participantes e colaboradores minimamente ao longo da fase de capacitação e início da fase de teste do protocolo-piloto; doravante chamados “tutores”.
- ii. comprometimento com a proposta do Projeto; especialização e experiência em tratamento de dor crônica; e disponibilidade para sugestão de temas, facilitação do aprendizado ou busca bibliográfica, e discussão de dificuldades práticas; doravante chamados “especialistas colaboradores”.

3.1.2. De médicos participantes e colaboradores:

- i. comprometimento com a proposta do Projeto, exercício corrente da especialidade de MFC (ou especialização corrente em MFC, devendo a titulação ser requerida para participação na quarta fase do Projeto); e disponibilidade de um turno semanal durante um mínimo de seis meses (outras possibilidades quanto à disponibilidade sendo discutidas caso a caso, e analisadas separadamente), para os médicos de família que intencionem participar das quatro fases do projeto, doravante chamados “participantes”.
- ii. interesse em participação no Projeto, e disponibilidade de acompanhamento dos pacientes que encaminhe ao projeto (sendo as exceções e outras possibilidades de participação discutidas caso a caso), para médicos que não possuam disponibilidade para a capacitação semanal, ou intenção de participar das demais fases do projeto; doravante chamados “colaboradores”.

Não será necessária especialização prévia específica na área de dor.

3.1.3. De pacientes:

- i. Dor mecânica (definida, para efeito deste protocolo, como dor que piora à mobilização ou a posturas prolongadamente mantidas contra gravidade); crônica (i.e. “dor sem valor biológico aparente, que persistiu além do tempo de cura normal do tecido, usualmente tido como três meses”, IASP, 1986) ou incapacitante; para a qual houve falha do tratamento, minimamente, com dose plena ou máxima tolerada de analgésicos simples e anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), na ausência de contra-indicações. Outras indicações serão discutidas caso a caso.

3.2. Critérios de Exclusão:

A priori, não há critérios de exclusão. Porém, o paciente que se recuse à consulta de

revisão, ou falte mais de duas vezes seguidas, ou quatro ao total, será considerado excluído do Projeto, sendo anotado o motivo, se disponível.

3.3. Seleção de Participantes:

3.3.1. Os médicos e especialistas (médicos e não médicos) serão admitidos após um período inicial de divulgação do Projeto, a ser definido, e em conformidade com os critérios de inclusão; até o limite que o espaço físico e condições logísticas permitam rendimento adequado do treinamento e discussões, a ser reconhecido em consenso pelo grupo.

3.3.2. Os pacientes serão referenciados por seu médico assistente, o qual deve ser participante ou colaborador do projeto (vide critérios de inclusão).

3.4. Local

O local de atendimento de pacientes na fase de capacitação (1ª fase) será escolhido pela equipe, de modo a facilitar o acesso dos pacientes e a comunicação e discussões do grupo. Dar-se-á preferência pelos locais de trabalho dos MFs participantes, conforme também previsto para o matriciamento pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF (Ministério da Saúde, 2009).

Aulas teórico-práticas em departamento universitário de anatomia, para consolidação de conceitos relacionados a exame físico e procedimentos, estão previstas, conforme acordo com o grupo.

Nas segunda e quarta fases (respectivamente: teste do protocolo-piloto e validação científica do protocolo-produto), o atendimento será nos locais de trabalho dos MFs participantes, salvo durante o período inicial em que o tutor acompanhe o MF, se inviável ao tutor.

A terceira fase (construção coletiva do protocolo-produto) contará com discussões à distância e presenciais, estas últimas em local de fácil acesso à equipe, a ser definido.

3.5. Visão Geral & Cronograma:

O Projeto constará de quatro fases:

i. **Capacitação** dos médicos participantes (e, focalmente, dos colaboradores), composta por: discussões teórico-práticas acerca dos casos, do protocolo-piloto, e da literatura; e treinamento supervisionado nos procedimentos e orientações previstos no protocolo-piloto;

a qual terá duração mínima de 6 meses, se em turnos de 4 horas semanais (e.g. utilizando o turno destinado a matriciamento via Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF – vide Ministério da Saúde, 2009; outras possibilidades sendo discutidas caso a caso), e não menos que o necessário para reprodução com segurança dos conceitos e rotinas de avaliação e

tratamento, minimamente, da dor mecânica generalizada e das seguintes dores mecânicas regionais, selecionadas por prevalência e impacto (Macfarlane, 2006; IASP, 2009; Oortwijn *et al.*, 2011):

- lombalgia;
- cervicalgia (& cefaléia);
- ombralgia;
- genalgia;
- dor relacionada a articulação temporomandibular;
- dores em ante-braços e mãos;
- dores em pernas e pés;

pelo que se prevê que esta fase se sobreponha, até certo ponto, às fases seguintes (e.g. alguns médicos participantes sendo acompanhados na fase de capacitação, enquanto outros participam da fase de teste do protocolo-piloto).

- ii. **Teste do protocolo-piloto** nas diferentes realidades dos médicos participantes capacitados; visando o contato com as dificuldades científicas e práticas da aplicação do protocolo a situações reais, o reforço de uma postura crítica, e o fomento de discussões, à distância e presenciais, que servirão de base para futuras adaptações;

a qual terá a duração necessária para que os médicos participantes tenham tido oportunidade de testar o protocolo em seus próprios territórios por um mínimo de 6 meses, sendo acompanhados pelo tutor por um período inicial (a priori, 2 meses), para avaliação externa das dificuldades encontradas, e auxílio às discussões;

pelo que se prevê que esta fase se sobreponha, até certo ponto, à seguinte.

- iii. **Construção Coletiva** de um protocolo-produto, percebido como potencialmente viável, reprodutível, eficaz, e adequado à esfera da medicina de família e comunidade, com base nas experiências e propostas retiradas das fases anteriores, mantendo critérios mencionados em Objetivos;

a qual visa a condensação das várias experiências e sugestões, a escolha de método para estabelecimento de consenso (e.g. o método Delphi), aplicação do método escolhido, e preparações práticas para o trabalho científico posterior;

tendo a duração necessária para a aquisição de consenso dos médicos que cumpriram as duas fases anteriores, segundo método escolhido;

pelo que se prevê que esta fase se sobreponha, até certo ponto, às fases anteriores; devendo as discussões e preparações práticas e estatísticas serem iniciadas ainda no aguardo do término das demais fases por mais colegas, que possam então contribuir ao consenso.

- iv. **Validação Científica** do protocolo-produto, pelos médicos de família participantes;

a qual terá a duração necessária para acompanhar por minimamente um ano o número de pacientes estatisticamente estimado como suficiente para comparação significativa com o tratamento tradicional, segundo desenho a ser firmado na fase anterior, com base nos dados coletados nas primeiras fases (e.g. desenho tipo “*Crossover*”); e contará com todos os médicos que tiveram terminado a primeira fase do projeto.

Ao início da última fase, as demais serão interrompidas.

3.6. Fluxo nas Fases de Capacitação, e de Teste do protocolo-piloto

Após breve encontro com médicos participantes e colaboradores para discussão inicial da proposta, arcabouço teórico, bibliografia inicial básica, acordo sobre local e fluxo; e fornecimento de planilhas (de papel ou eletrônica, em apoio à padronização de registro, ao resgate de dados e ao tratamento estatístico posterior); seguir-se-á o seguinte fluxo:

3.6.1. Avaliação prévia:

Previamente ao primeiro agendamento de cada paciente serão requeridos:

- i. Identificação: dados pessoais, incluindo nome, prontuário, telefone de contato, data de nascimento, sexo, escolaridade (e se analfabeto funcional ou não), e profissão;
- ii. Qualificação, Quantificação e Contexto conforme sugeridos no protocolo-piloto (vide Avaliação), certificando-se o médico assistente do uso adequado de medicações disponíveis no SUS (minimamente: analgésico e AINE em doses plenas ou máximas toleradas, na ausência de contra-indicação – vide critérios de inclusão); com vista à avaliação de gravidade, e como treino de capacitação;
- iii. Exames: última dosagem sérica de glicose, hormônio estimulador da tireóide (TSH), e velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína C reativa titulada (PCR); ou solicitação destas dosagens, na ausência de resultados recentes disponíveis; além de outros exames complementares conforme indicados (vide Solicitação de Exames, Pareceres e Encaminhamentos); visando discussão posterior.

3.6.2. Primeiro Agendamento:

O agendamento será conforme gravidade (vide Quantificação); com prioridade aos pacientes acompanhados pelos médicos de família participantes (em relação aos de médicos colaboradores), em caso de gravidades semelhantes.

Recomenda-se que Fatores perpetuantes e Barreiras ao Tratamento identificados sejam abordados pela equipe assistente ainda enquanto aguardam agendamento no projeto (vide Contexto).

3.6.3. Primeira consulta:

A primeira consulta seguirá, a priori, o seguinte fluxo:

- revisão da Qualificação, Quantificação, e dos sub-itens Conseqüências Perpetuantes e Fatores Perpetuantes do item Contexto (podendo o sub-item restante, Barreiras ao Tratamento, ser revisado em consulta subsequente, caso necessário por restrições de horário);
- Exame físico (podendo a busca por Sensibilização Espinhal Segmentar ser omitida, se a inativação dos pontos-gatilho por massagem em “deep stroking” for isoladamente eficaz, ou a área de sensibilização correspondente for cervical, de modo que bloqueio para-espinhoso não esteja inicialmente previsto – vide Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos), conforme previsto no protocolo-piloto;
- Orientações, focando principalmente: adaptações posturais e de vida diária; auto-massagem (se inativação por massagem em “*deep stroking*” tiver sido eficaz previsto – vide Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos), exercícios de alongamento, e técnicas de inibição de contração muscular (para agudizações súbitas, como câimbras); e negociação do plano terapêutico; postergando-se orientações acerca de fortalecimento, equilíbrio, condicionamento físico, e rede de apoio, para as consultas seguintes;
- Prescrições de medicamentos e investigações conforme achados clínicos; postergando-se a avaliação de dispositivos auxiliares, a priori, para consultas posteriores (vide **Tratamento**).

Não há intenção de que as subdivisões descritas em Avaliação (vide protocolo-piloto) sejam abordadas de modo estritamente seqüencial, como em um questionário; mas que se adequem à prática, a qual deve poder variar de acordo com profissional, usuário, caso e circunstâncias.

Por exemplo, na presença de dor intensa, a Qualificação deverá, justificadamente, seguir-se diretamente pelo exame sucinto por Mecanismos Biológicos, a orientar os Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos (vide Tratamento) e/ou medicações, visando rápido alívio; podendo a Quantificação ser detalhada depois, pouco antes de Orientações, Prescrições e investigações.

O questionamento por Hábitos posturais é possivelmente melhor realizado enquanto o paciente aprende (ou revisa) os conceitos de ergonomia relevantes (i.e. item Orientações); e Barreiras ao Tratamento poderão ser conferidas em consultas posteriores, em caso de limitações de tempo na primeira consulta – com a possibilidade, inclusive, de que algumas barreiras se atenuem até o retorno, no caso de uma primeira abordagem eficaz.

Solicita-se, no entanto, que Quantificação e Conseqüências Perpetuantes (do

item Contexto) sejam preenchidas a cada consulta, assim como os dados requeridos em Avaliação do Projeto.

3.6.4. Agendamentos subseqüentes:

O agendamento de consultas de revisão se dará, salvo urgências ou limitações, segundo a seguinte regra:

- primeira consulta de revisão em 1 semana; em havendo resolução da dor, agendamento de retorno em 2 semanas para reavaliação (i.e. cerca de 3 semanas após primeiro tratamento eficaz); caso contrário, novo tratamento;
- em havendo manutenção de boa resposta em 3 semanas, agendamento em cerca de 3 semanas para reavaliação (preferencialmente, pouco após 6 semanas – i.e. 1 mês e meio – do primeiro tratamento eficaz, para otimização do registro dos dados requeridos em Avaliação do Projeto – vide a seguir); caso contrário, novo tratamento
- em havendo manutenção de boa resposta em 1 mês e meio, agendamento em cerca de 1 mês e meio para reavaliação (preferencialmente, pouco após 3 meses do primeiro tratamento eficaz; vide Avaliação do Projeto); caso contrário, novo tratamento;
- em havendo manutenção de boa resposta em 3 meses, agendamento em cerca de 3 meses para reavaliação (preferencialmente, pouco após 6 meses do primeiro tratamento eficaz; vide Avaliação do Projeto); caso contrário, novo tratamento;
- em havendo manutenção de boa resposta em 6 meses, agendamento em cerca de 6 meses para reavaliação (preferencialmente, pouco após 1 ano do primeiro tratamento eficaz; vide Avaliação do Projeto); caso contrário, novo tratamento.

Em caso de agudizações, o paciente deverá retornar o mais breve possível para reavaliação, em uso das orientações e medicações prescritas para estas ocasiões.

Caso a rotina de agendamento não possa ser seguida, o motivo será anotado para avaliação à parte, quiçá estatística, posterior. Porém, o paciente que se recuse à consulta de revisão, ou falte mais de duas vezes seguidas, ou quatro ao total, será considerado excluído do Projeto, sendo anotado o motivo, se disponível (conforme Critérios de Exclusão).

3.6.5. Consultas de revisão:

Às demais consultas, será seguido o seguinte fluxo mínimo:

- revisão de prescrições, investigações e orientações, conforme em uso;

- avaliação da evolução (vide Avaliação);
- procedimentos diagnóstico-terapêuticos, se indicados (vide Tratamento);
- adequação de orientações (vide Tratamento), medicamentos, dispositivos auxiliares & adaptações ergonômicas, e investigações; conforme indicados.

A necessidade de realização de uma abordagem particular não prevista no protocolo, ou fora da competência da MFC, não será motivo para exclusão do paciente do acompanhamento, uma vez que as fases de capacitação e teste do protocolo-piloto priorizam a reprodução da prática clínica usual; porém, tal intervenção deve ser registrada e minimamente quantificada, de modo que sua influência venha a ser avaliada à parte, se possível por métodos estatísticos; contribuindo para a sugestão de outras abordagens ao protocolo de tratamento do protocolo-produto; e para a construção da súmula de indicações a especialistas, após discussão da literatura relevante.

3.6.6. Avaliação do Projeto:

Durante e ao final de cada ambulatório, prevê-se a discussão dos casos acompanhados, enquanto durar o período de tutoria (primeira fase e período inicial da segunda fase). Os temas discutidos serão anotados para referência, e o avanço do aprendizado será anotado pelo tutor, para adequação das discussões e averiguação do cumprimento da proposta de capacitação (vide Visão Geral & Cronograma).

Sugere-se que a avaliação do protocolo-piloto se faça, a priori, pelos seguintes parâmetros:

- Número médio de dias [sem dor], [com dor no máximo leve e rara], e [com dor significativamente melhor]; após [DS apenas], [DS + BPE], [DS + APG], [DS + BPE + APG], [outros], registrados a cada retorno (DS: *Deep Stroking*; BPE: Bloqueio Para-Espinhoso; APG: Agulhamento de Pontos-Gatilho);

sendo “dor significativamente melhor” definida por: pelo menos 30% menor que primeira consulta em pelo menos um dos itens: intensidade mínima, usual e máxima; sem piora nos demais, e sem piora em limitação (percentual sugerido em Dworkin *et al.*, 2005).

- Número médio de dias [sem dor], [com dor no máximo leve e rara], e [com dor significativamente melhor]; por número de [consultas com procedimentos diagnóstico-terapêuticos] (DS, BPE ou APG, conforme acima); dentre os pacientes acompanhados por mais de 6 semanas (até 3 meses), mais de 3 meses (até 6 meses), mais de 6 meses (até um ano) e mais de 1 ano;

a ser comparado, qualitativamente, com o padrão inicial de duração-recorrência e de intensidade registrados durante Quantificação;

- iii. Percentual de pacientes [sem dor], [com dor no máximo leve e rara], e [com dor significativamente melhor] durante a maior parte dos dias do respectivo período, dentre os pacientes acompanhados por mais de 6 semanas (até 3 meses), mais de 3 meses (até 6 meses), mais de 6 meses (até um ano) e mais de 1 ano;
- iv. Escala Graduada de Dor Crônica – Br (Bracher, 2008) e Questionário de Dor de McGill – Br (Varoli, 2006) ao início e a cada 6 meses;

podendo questionários de qualidade de vida serem incluídos, ainda durante a primeira fase, por decisão da equipe (a saber: WHO-QOL-Br, ou SF-36-Br), bem como os questionários: Multidimensional Pain Inventory; Brief Pain Inventory; Beck Depression Inventory, Profile of Mood States; Patient Global Impression of Change, dentre outros, mencionados em Protocolo-Piloto – Comentários Breves; caso versões validadas lingüística e psicometricamente para português do Brasil tornem-se disponíveis (vide Dworkin *et al.*, 2005).

- v. Registro e análise de eventos adversos.

Os dados deverão ser analisados separadamente, levando em conta: uso de medicações (tipo, doses, frequência), prática de orientações (tipo, adequabilidade, frequência); registros de fator deflagrador, no caso de piora aguda ou subaguda (trauma físico, evento emocionalmente significativo, esforço significativamente diferente do habitual) ou associação com outras intervenções (e.g. fisioterapia, acupuntura tradicional chinesa, outras); e Avaliação inicial (qualificação, quantificação, contexto e mecanismos).

3.7. Fluxo nas demais Fases

Prevê-se que, durante a fase de Teste do protocolo-piloto nas várias realidades, o fluxo obedeça ao da fase anterior, salvo por modificações decididas em equipe durante a primeira etapa; com a diferença de que os pacientes previamente atendidos em interconsulta com o tutor voltarão a ser acompanhados apenas por seus médicos assistentes após o período inicial (vide Visão Geral & Cronograma).

Os fluxos nas fases de Construção Coletiva e Validação Científica serão firmados em tempo oportuno.

3.8. *Protocolo-Piloto (sumário /itemização):*

3.6.1. **Avaliação:**

A Avaliação abrangerá Qualificação, Quantificação, Contexto e Mecanismos biológicos

- **Qualificação:**

- Local & irradiação (*Segmento corpóreo, Medial/lateral, Proximal/distal, Anterior/posterior*);
- Qualidade (*Queimação ou choque, Outros*);
- Ritmo (*Mecânico, Inflamatório, Cólica, Claudicante, Isquêmico, Outros*).

- **Quantificação:**

- Tempo (*Início da dor [tempo, circunstância], Duração[& Tratamentos] / Recorrência[& Deflagradores] das crises, Início deste atual padrão de Duração/Recorrência*);
- Intensidade (*Mínima[& Aliviadores], Usual, Máxima[&Agravadores], Início deste atual padrão de intensidades*);
- Limitação (*Atividades de vida diária - AVDs [& autonomia, atividade física], Atividades profissionais [&estabilidade financeira], Lazer [& relacionamentos, incluindo vida sexual]*);

- **Contexto:**

- Consequências Perpetuantes:
 - ✓ Disfunções de Humor (*Ansiedade, Depressão, Irritabilidade, Esgotamento[& fadiga, cansaço, abatimento]*);
 - ✓ Disfunções de Sono (*Insônia inicial, Sono superficial, Sono não-repousante*);
 - ✓ Disfunções de Família, amigos & trabalho – rede de apoio primária ou *informal care* (*Apoio disfuncional, Apoio insuficiente, Sofrimento & desajuste*);
 - ✓ Postura Antálgica;
 - ✓ Sensibilização Central (*e.g. Sensibilização espinhal segmentar*);

– Fatores perpetuantes (outros):

- ✓ Orgânicos (*Endócrinos [DM, Tireoidopatias, menopausa & andropausa,...], Reumáticos [Polimialgia reumática, Sjogren, Artrose,...], Neurológicos [Estenose de Canal, Radiculopatia, Compressão neural periférica,...], Vasculares, Psiquiátricos, Distúrbios eletrolíticos & Hipovitaminoses, Fibromialgia,...*) – Vide Exame Físico Focal;
- ✓ Estruturais / Funcionais (*Obesidade & Sobrepeso, Desvios de eixo & Desproporções & Restrições, Disfunções dinâmicas*) – Vide Exame Físico Focal;
- ✓ Hábitos (*Posturas & Mobilização, Estilo de Vida [Tabagismo, Sedentarismo, Escolhas de lazer], Funções profissionais [Cargas pesadas, Posturas não-ergonômicas ou Movimentos repetitivos, Estresse emocional significativo, Desmotivação ocupacional]*) – Vide Orientações;

– Barreiras ao tratamento:

- ✓ Orgânicas (*Déficit Cognitivo, Déficit Auditivo/ Visual, Déficit Locomotor, Efeitos colaterais de medicamentos analgésicos*) – Vide Exame Físico Focal;
- ✓ Cognitivo - Comportamentais (*Vínculo [ausente, superficial], Enfrentamento disfuncional [medo de causa oculta para a dor, desesperança, auto-piedade, catastrofização, imobilismo por medo da dor, baixa auto-eficácia, dependência de abordagens passivas, resistência a postura preventiva, estoicismo & negação], Ganhos secundários [Família disfuncional, Litígios trabalhistas, Adicção (opíáceos)]*) – Vide Orientações;
- ✓ Acesso & demais Determinantes Sociais de Saúde (*Dificuldades de acesso à Rede; Rede de apoio disfuncional; Condições de Vida, Ambiente & Trabalho*) – Vide Orientações;

• **Mecanismos biológicos** [ICSI, 2011] (ou Causas imediatas – Fischer 1994):

- Dor miofascial (*pontos-gatilho associados*);
- Dor nociceptiva (ie. não-neuropática) não-miofascial, relacionada a outras estruturas inervadas do sistema locomotor (*e.g. cistos sinoviais, meniscopatias*);
- Dor neuropática, relacionada a compressões nervosas – i.e. de padrão misto, mecânico e neuropático (*Estenose de Canal, Radiculopatia, Compressão neural periférica*).

O Exame Físico abrangerá:

- Avaliação das condições clínicas, suspeitas ou conhecidas, mencionadas em **Fatores Perpetuantes e Barreiras ao Tratamento**, particularmente os Fatores Perpetuantes Estruturais – *Vide Avaliação*;
- **Pontos-Gatilho, Sensibilização Espinhal Segmentar, e resposta a Procedimentos Diagnósticos-Terapêuticos** – *Vide Tratamento*;
- **Manobras** Específicas (*detalhadas na versão completa deste Projeto, conforme quadro clínico e região anatômica*) para determinação de mecanismos biológicos (causas imediatas) que não a síndrome de dor miofascial.

3.6.2. Tratamento

O tratamento abrangerá:

- **Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos** segundo critérios descritos em Objetivos (vide *Protocolo-piloto – comentários breves, item Tratamento*, para detalhes sobre fluxo), minimamente:
 - massagem tipo deep stroking (Davies, 2004), *para pontos-gatilho miofasciais*;
 - bloqueio para-espinhoso (BPE) (Fisher, 2002), *para Sensibilização Espinhal Segmentar*;
 - agulhamento com lidocaína (Fisher, 2002; Travell, 1999) *para pontos-gatilho miofasciais*;
- **Orientações**, que, por outro lado, abrangerá:
 - Hábitos & exposições ocupacionais – *Vide Fatores Perpetuantes*;
 - Aspectos musculares (*Auto-massagem em “deep-stroking”, técnicas de alongamento, técnicas de inibição de contração muscular [para agudizações súbitas, como câimbras], fortalecimento gradual, equilíbrio e condicionamento físico*);
 - Aspectos cognitivo-comportamentais (*Vínculo, Ganhos secundários, e Enfrentamento e plano terapêutico*) – *Vide Barreiras ao tratamento*;
 - Aspectos Sociais, extensivos à rede de apoio – *Vide Consequências Perpetuantes e Barreiras ao tratamento*;

- **Prescrição de Medicamentos** usualmente disponíveis na Estratégia de Saúde da Família e/ou de baixo custo, minimamente:

- *Analgésicos não-opioides;*
- *AINEs;*
- *Tricíclicos;*

e de Dispositivos auxiliares e Adaptações ergonômicas (e.g. *adaptação de calçados em caso de estrutura de pé de Morton*);

3.6.3. Solicitação de Exames, Pareceres e Encaminhamentos

A solicitação ocorrerá segundo disponibilidade e acordos locais, conforme as seguintes indicações gerais:

- corroboração de suspeita ou mensuração de atividade de doenças (vide fatores perpetuantes ou barreiras de tratamento de ordem orgânica; e mecanismos biológicos não-miofasciais), abordáveis cirúrgica ou medicamentosamente de modo específico;
- todo paciente com dor mecânica será referenciado a tratamento fisioterápico, exceto excepcionalmente (conforme disponibilidade e gravidade) os com resposta pronta e mantida ao tratamento;
- todo paciente com indicação de dispositivos auxiliares (e.g. apoios, palmilhas, órteses) será encaminhado (conforme disponibilidade e gravidade) segundo fluxo local para a especialidade ou ambulatório localmente apontados (e.g. fisioterapia, ortopedia, terapia ocupacional, ambulatório de pé diabético);
- a indicação para psicologia, terapia ocupacional, e demais especialidades, será anotada (para discussão posterior), e encaminhada conforme disponibilidade e gravidade, e segundo fluxo local.

3.9. Protocolo-Piloto (comentários breves):

3.7.1. Visão Geral:

Visão Geral	<p>O protocolo-piloto consiste de três partes, interdependentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação, a qual abrange: Qualificação, Quantificação, Contexto e Mecanismos; cujas subdivisões foram escolhidas procurando identificar, didaticamente, grupos de pacientes com possível prognóstico e/ou abordagem distintos ou com indicação de abordagem por profissionais distintos; apoiar o raciocínio; e homogeneizar o registro e linguagem entre participantes; razões por trás dos critérios descritos em Objetivos.<p>Não há intenção de que as subdivisões sejam abordadas de modo estritamente seqüencial; mas que se adequem à prática, a qual deve poder variar de acordo com profissional, usuário, caso e circunstâncias (vide Fluxo nas Fases de Capacitação, e de Teste do protocolo-piloto). Solicita-se, no entanto, que Quantificação e Conseqüências Perpetuantes (do item Contexto) sejam preenchidas a cada consulta, bem como os dados requeridos em Avaliação do Projeto.</p><p>O detalhamento breve, a seguir, inclui definições relevantes, comentários, registro sugerido, e algumas opções a serem estudadas em cada caso.</p>• Tratamento, a qual abrange: Procedimentos, Orientações e Prescrições; cujas subdivisões intencionam identificar, didaticamente, conjuntos de abordagens distintas, compartilháveis com profissionais possivelmente distintos; auxiliar a crítica científica das opções terapêuticas; e auxiliar a avaliação diagnóstica, pela resposta ao tratamento; enquanto escolhidas por ênfase semiológica, ênfase na participação ativa do paciente, e amplo acesso, baixo custo e complexidade adequada, conforme em Objetivos.<p>O detalhamento breve, a seguir, inclui definições relevantes, comentários (e.g. adaptações, fluxos), registro sugerido, e um breve fluxo decisório (a priorizar, sempre que possível, as mais simples, rápidas, de menor custo, maior segurança, e com maior participação ativa do paciente; assim justificando a necessidade das demais).</p>• Solicitação de Exames Complementares, Pareceres e Encaminhamento a especialistas, orientada pelas (e às) duas primeiras partes, e pela literatura corrente. A indicação de exames complementares, pareceres e encaminhamentos a especialistas será baseada nos consensos de dor crônica; nos consensos e/ou síntese da literatura corrente relativa às principais dores regionais; e nos fatores contribuintes e barreiras ao tratamento encontrados; conforme Avaliação e resposta ao Tratamento. O protocolo, no entanto, reconhece as limitações de disponibilidade, e a necessidade de priorização conforme gravidade.
--------------------	--

3.7.2. Avaliação:

<p style="text-align: center;">Qualificação (Distinguindo dores de etiologias potencialmente diferentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Local & irradiação Registrado como: regiões (segmento corpóreo, medial/lateral, proximal/distal, anterior/posterior) das dores principal e referida/irradiada. O desenho da área dolorosa sobre uma figura do corpo humano (<i>Pain drawing</i>) é encorajado, embora não obrigatório. • Qualidade (i.e. sensação) Registrada como: Queimação ou choque ou frio doloroso (critério para suspeita de dor neuropática [Santos, 2010] – vide Mecanismos); ou Outros. • Ritmo Registrado como: Mecânico, Inflamatório, Cólica, Claudicante, Isquêmico, ou Outros (vide tabela 1). Registro (geral): Outros critérios de classificação (e.g. classificação de dor crônica da IASP [IASP, 2011]), incluindo instrumentos de triagem para dor neuropática (particularmente: DN4-Br [Santos, 2010]), serão discutidos; e poderão ser usados, conforme decisão da equipe.
<p style="text-align: center;">Quantificação (Distinguindo dores de impactos diferentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo Registrado conforme: Início, Duração, Recorrência. Vide detalhamento a seguir. • Intensidade Registrada conforme: Mínima, Usual e Máxima. Vide detalhamento a seguir. • Limitação Funcional Registrada conforme: Atividades de Vida Diária (AVDs); Atividades Profissionais; e Lazer & Relacionamentos. Vide detalhamento a seguir. Registro (geral): Outros critérios de quantificação, como: <ul style="list-style-type: none"> - questionários multidimensionais específicos sobre dor, e.g. Questionário de Dor de McGill, versão abreviada (SF-MPQ-Br); Escala Graduada de Dor Crônica (CPG-Br); Inventário Breve de Dor (BPI-Br); Multidimensional Pain Inventory (MPI); - questionários multidimensionais específicos para dores regionais determinadas, e.g. Lequesne-Br e WOMAC-Br (osteoartrite); Roland & Morris-Br (lombalgia); dentre outros; - questionários de qualidade de vida, como da Organização Mundial de Saúde (WHO-QOL-Br); ou o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36-Br ou SF-8); - outros aspectos, e.g. redução do uso de analgésicos de resgate; graduação de melhora global e/ou satisfação com o tratamento pelo usuário (Dworkin <i>et al.</i>, 2005); melhora do padrão de duração/recorrência da dor máxima e/ou mínima; ou do incômodo associado à dor (Melzack, 2006); serão discutidos, e seu uso estimulado no período de capacitação, conforme possível.
<p style="text-align: center;">Contexto (Distinguindo dores em circunstâncias de abordagens diferentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consequências Perpetuantes Definidas como: fatores perpetuantes (definição a seguir) que, por serem significativamente amplificáveis pela dor crônica, remetem a um ciclo vicioso, justificando abordagem prioritária. Registradas conforme (disfunções de): Humor; Sono; Apoio primário; Posturas antálgicas; e Sensibilização Espinhal Segmentar. • Fatores perpetuantes (ou contribuintes) Definidos como: fatores que “não causam a dor, mas a amplificam ou perpetuam” (ICSI, 2011). Confrontar com Mecanismos biológicos. Registrados conforme: Hábitos, Estruturais e Orgânicos. • Barreiras ao Tratamento Definidos como: fatores que “interferem com uma abordagem completa ou execução do tratamento”, indiretamente contribuindo para a perpetuação da dor. “Ausência de melhora da dor ou função enquanto seguindo um plano terapêutico deve levar a mudanças no plano; porém dificuldades em seguir um plano terapêutico deve levar a uma revisão de barreiras (...)” (ICSI, 2011). Registradas conforme: Orgânicas, Cognitivo-comportamentais e Sociais.

Quantificação	Tempo (evolução de crises - “visão macroscópica”)	<ul style="list-style-type: none"> • Início Definição: tempo decorrido desde o primeiro episódio de dor com as características citadas. Registro: idealmente, acompanhado da respectiva circunstância deflagradora, ou, se desconhecida, da respectiva velocidade de instalação (abrupta ou insidiosa). • Duração Comentário: Duração usual das crises, atualmente. Registro: idealmente, acompanhado dos tratamentos realizados, com respectivos impactos (usuais). • Recorrência Comentário: Tempo usual de recorrência, atualmente. Registro: idealmente, acompanhado das circunstâncias deflagradoras usuais. <p>Registro (geral): O horizonte clínico do atual padrão de duração/recorrência também deverá registrado, com respectiva circunstância deflagradora ou velocidade de instalação, à semelhança de “Início”; por corresponder, clinicamente, à última agudização, com implicações de diagnóstico e prognóstico.</p> <p>Ordens de grandeza serão aceitas, desde que expressas de modo padronizado (e.g. poucas: de 1,5 a 3; algumas: de 3 a 6; várias: de 6 a 1,5 unidades da ordem de grandeza imediatamente superior; referindo-se a: dias, semanas, meses, e anos).</p> <p>Outros parâmetros, como: duração/recorrência das dores máxima e mínima (como objetivo secundário, quando redução da dor máxima ainda não for possível), serão discutidos, e poderão ser usados ainda no período de capacitação, conforme decisão da equipe.</p>
	Intensidade (evolução intra-crise – “visão microscópica”)	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidade Mínima Registro: idealmente, acompanhado da respectiva principal circunstância aliviadora. • Intensidade Usual • Intensidade Máxima Registro: idealmente, acompanhado da respectiva principal circunstância agravadora. <p>Comentário (geral): Todos referentes ao dia típico, atualmente.</p> <p>Registro (geral): À semelhança do padrão de duração/recorrência (vide acima), o horizonte clínico do atual padrão de intensidade, também será registrado, com respectiva circunstância deflagradora ou velocidade de instalação (última agudização quanto a intensidade, com implicações de diagnóstico e prognóstico).</p> <p>Os registros serão conforme escala analógica visual (0-10), numérica visual (0-10), ou verbal (5 ou 11 itens); seqüencialmente oferecidas ao paciente até que: (1) este se sinta confortável com o método de graduação, e (2) a aferição em outro momento da consulta confirme precisão (variação menor de uma unidade). Caso uma escala seja percebida como inadequada para um dado paciente, não deverá ser reutilizada com este paciente. A escala verbal (i.e. por descritores) de 5 itens (ausente, leve, média, forte, máxima) será aferida em todos os casos, para comparação.</p>

Limitação Funcional
(visão atual)

- **Atividades de Vida Diária (AVDs)**
Comentário: Relacionam -se, indiretamente, à perda de autonomia; e espelham restrições à atividade física. Avaliar orientações específicas / terapia ocupacional. Incluir entre metas do plano terapêutico.
Registro conforme: cuidado pessoal (e.g. higiene), cuidado da casa, tarefas externas (e.g. compras).
- **Atividades Profissionais**
Comentário: Relacionam -se, indiretamente, à uma ameaça à estabilidade financeira. Avaliar realocação de função. Incluir entre metas do plano terapêutico.
Registro conforme: impacto pessoal (e.g. auto-estima); impacto financeiro.
- **Lazer & Relacionamentos**
Comentário: Relacionam-se, direta e indiretamente, à perda quantitativa ou qualitativa do convívio social. Avaliar adaptações e alternativas, técnicas cognitivo-comportamentais, abordagem familiar. Aprofundar implicações familiares e pessoais. Incluir entre metas do plano terapêutico.
Registro conforme: Atividades de lazer prejudicadas mais importantes ao paciente; vida sexual.

Comentário (geral): Todos referentes ao dia típico, atualmente. Particularmente relevantes para distinguir o (não raro) caso em que o paciente melhora apenas quanto à limitação funcional, persistindo com intensidade (mínima, usual, máxima) e padrão de duração/recorrência da dor máxima bastante semelhantes; acenando uma provável opção do paciente por insistir com tarefas até que seja limitado pela dor (e.g. comportamento estóico). A abordagem cognitiva-comportamental, focando em um acordo de percepção e respeito dos próprios limites (possivelmente transitórios), com vista à expansão destes à medida em que ocorra melhor controle da intensidade e duração/recorrência da dor, deve ser tentada antes da intensificação medicamentosa e de procedimentos.

Registro (geral): Todas serão registradas segundo escala verbal de cinco itens (ausente, leve, moderada, severa, e máxima/total), pelo paciente.

Questionários específicos sobre limitação, como: Questionário de Avaliação de Saúde – Dimensão Habilidade Física (HAQ-PAD-Br); World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II); International Classification of Functioning, Disability and Health Checklist (ICF Checklist); bem como questionários específicos de dor, que por isto mencionam limitação (vide acima); serão discutidos, e poderão ser usados ainda no período de capacitação, conforme decisão da equipe.

Contexto	Consequências Perpetuantes (ou: Disfunções usualmente Associadas)	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunções de Humor: Comentário: Avaliar apoio psicológico; anti-depressivos, estabilizantes de humor. Registro conforme (transtorno de): Ansiedade; Depressão; Irritabilidade; e Esgotamento (fadiga, cansaço, abatimento). Questionários específicos relacionados ao Humor, como Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Perfil de Estados de Humor (PMS), serão discutidos, e poderão ser usados, conforme decisão. • Disfunções de Sono: Comentário: Avaliar ambiente, decúbito, rinite, apnéia, depressão, dor noturna; medicações (e.g. tricíclicos em dose baixa). Registro conforme: Insônia inicial; Sono superficial; Sono não-repousante. • Disfunções de Apoio da rede informal (ou primária) Definição: Família, amigos, e colegas de trabalho (em oposição ao apoio institucional, impessoal). Comentário: Disfunções relacionadas ao Poder público, Organizações Não-Governamentais ou Instituições empregadoras (a rede “formal” ou “secundária”) são discutidas em Determinantes sociais de saúde, dentre Barreiras ao Tratamento; pela abordagem necessariamente diversa. Prestar abordagem familiar; avaliar terapia familiar, realocação trabalhista. Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoio insuficiente (i.e. aspecto “quantitativo”: insatisfação do paciente por falta de apoio e/ou acolhimento e/ou qualidade de relacionamento); ✓ Apoio disfuncional (i.e. aspecto “qualitativo”: reforço de barreiras Cognitivo-Comportamentais, conforme adiante); ✓ Sofrimento & desajuste (i.e. “a que preço”: reajuste de papéis e intensificação de problemas devido à dor de um dos familiares). <p>Questionários específicos de atitudes frente à dor, como o Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - versão Breve (SOPA-B-Br), a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (CPSES-Br), e o Inventário Multidimensional de Dor (MPI); serão discutidos, e poderão ser usados.</p> • Posturas Antálgicas • Sensibilização Espinhal Segmentar (SES) Definição: “Estado de hiperatividade que se espalha do componente sensitivo de segmento espinhal às células do corno anterior que controlam o miótomo, bem como aos centros simpáticos localizados no nível espinhal envolvido.” (Fisher, 1994). Comentário: A SES será clinicamente identificada por técnicas de “pinçamento e rolamento” de uma dobra de pele transversalmente aos dermatômos a serem testados; ou pelo leve arranhar de um objeto agudo, como a ponta de um clips de papel, transversalmente aos dermatômos (Fisher, 1994). Registro (geral): Todos serão registrados conforme: significativo ou não-significativo. Os parâmetros Depressão, Apoio Disfuncional, Posturas Antálgicas e SES, serão registrados pelo profissional de saúde; e os demais pelo paciente. Em caso de SES, registrar segmentos envolvidos.
	Fatores perpetuantes (outros)	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos: Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posturas & Mobilização (ortostase, posição sentada ou decúbito; deitar-se, sentar-se, erguer-se, e caminhar; elevação ou transporte de cargas usuais); ✓ Estilo de vida (Tabagismo, Sedentarismo, Escolhas de lazer) ✓ Exposições ocupacionais (Cargas pesadas, Posturas não-ergonômicas mantidas ou Movimentos repetitivos, Estresse emocional, Desmotivação ocupacional). <p>Estilo de Vida: tabagismo será registrado conforme carga tabágica; sedentarismo, conforme ausente (atividade aeróbica $\geq 30\text{min}/\text{dia}$, $\geq 3\text{x}$ semana) ou presente; escolhas de lazer, descritas conforme tipo, intensidade, impacto físico, duração e frequência; todos pelo profissional de saúde. Posturas & Mobilização serão registradas indiretamente, quando da avaliação de adesão às Orientações posturais, pelo profissional de saúde. Exposições ocupacionais, conforme ausência ou presença significativa de cada item, segundo o paciente – porém literatura específica (e.g. Norma Regulamentadora-17) será discutida.</p>

Contexto	Fatores perpetuantes (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores Estruturais: Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobrepeso / obesidade; ✓ Desvios de Eixo & Desproporções & Restrições (e.g. assimetria de membros inferiores, escoliose, estrutura de pé de Morton, reduções no arco de movimento por qualquer causa); ✓ (Disfunções Dinâmicas) <p>Sobrepeso ou obesidade serão registrados de acordo com o IMC. Desvios, desproporções & restrições serão registrados, conforme impressão clínica, em discreto(a), evidente e severo(a) – porém métodos de mensuração e imagem serão discutidos pela equipe. Disfunções dinâmicas, relacionadas ao atraso ou inibição do mecanismo de ativação muscular (e.g. perda do mecanismo de antecipação da musculatura estabilizadora comprometida), serão discutidas pela equipe; embora não registrados ainda nas fases de treinamento e teste do protocolo-piloto.</p> • Fatores Orgânicos (comorbidades): Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Endócrinos (diabetes melitus; tireoidopatia; menopausa ou andropausa; outros); ✓ Reumatológicos (Sjogren, polimialgia reumática, artrose, outros); ✓ Neurológicos (Estenose de Canal; Radiculopatia; Compressão neural periférica; outros); ✓ Fibromialgia; ✓ Vasculares (Doença aterosclerótica sintomática; outros); ✓ Psiquiátricos (História de Abuso físico, emocional ou sexual; História de Adicção; outros); ✓ Hipovitaminoses e distúrbios eletrolíticos (B1, B6, B12, ácido fólico, C; Cálcio, Potássio, Magnésio; outros); e ✓ Outros (e.g. História familiar de dor crônica?) <p>Se um diagnóstico não tiver sido firmado, bastará o registro de ausência ou presença de padrão sugestivo para cada comorbidade; se houver o diagnóstico, e disponível um instrumento polimodal validado, a mensuração da atividade de doença deverá ser reportada.</p>
	Barreiras ao Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Orgânicas (comorbidades): Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deficiências cognitivas; ✓ Deficiências visuais ou auditivas; ✓ Deficiências locomotoras (relacionadas ou não à dor); ✓ Intolerâncias ou contra-indicações a medicações específicas. • Cognitivo-comportamentais: Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Questões de Vínculo (baixo ou superficial); ✓ Questões relacionadas a Enfrentamento & Plano terapêutico (medo de causa oculta grave, desesperança, auto-piedade, catastrofização, imobilismo, baixa auto-eficácia, abordagem passiva da dor, resistência à prevenção de episódios dolorosos, estoicismo & negação, comportamento-de-dor-crônica). ✓ Ganhos secundários (ganho de atenção, proporcional à dor, de familiares ou amigos; desmotivação ou litígio trabalhista; adicção a opiáceo ou benzodiazepínico, usados no controle da dor); <p>Questionários específicos relacionados ao lide com a dor (<i>coping</i>), como o Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - versão Breve (SOPA-B-Br), a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (CPSES-Br), e o Inventário Multidimensional de Dor (MPI); serão discutidos, podendo ser usados.</p> • Determinantes sociais de saúde: Registro conforme: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deficiências quanto a Condições de vida & ambiente; ✓ Deficiências quanto a Condições de transporte & lazer; ✓ Deficiências quanto a Acesso & (percepção de) suporte pela rede de apoio “secundária” (relacionada ao Poder público e à Sociedade civil organizada); <p>Registro (geral): Todos serão registrados conforme ausência ou presença significativa, pelo profissional de saúde.</p>

Mecanismos Biológicos (ou Causas imediatas) <small>Adaptado de [ICSI, 2011; Fisher, 1994]</small>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor miofascial (<i>i.e. associada a pontos-gatilhos miofasciais</i>); Definição: Ponto-Gatilho Miofascial é uma “região hiper-irritável em músculo esquelético que é associada com um nódulo palpável hipersensível em uma banda muscular tensa; a qual é dolorosa à compressão e pode gerar dor referida característica, desconforto referido, disfunção motora, e fenômenos autonômicos” (Travell, 1999). Comentário: Os fenômenos à distância ocorrem segundo um padrão relativamente específico para cada músculo, sendo secundários à sensibilização central, particularmente medular (espinhal), associada. Uma extensão prática da definição refere-se a fenômenos semelhantes ocorrendo com estruturas não-musculares (ligamentos, articulação sacro-ílica) – i.e. a pontos-gatilho não-miofasciais. • Dor nociceptiva, não-miofascial (<i>i.e. associada a outras estruturas inervadas do sistema locomotor; e.g. cistos sinoviais, meniscopatias, ...</i>); Definição: Dor nociceptiva é a que “surge de uma lesão real ou ameaçada a um tecido não-neural, devida à ativação de nociceptores. (...) O termo é usado para descrever a dor que ocorre com um sistema nervoso somato-sensorial funcionando normalmente, em contraste com a função anormal vista na dor neuropática” (IASP, 2011). • Dor neuropática associada a componente mecânico (<i>i.e. relacionada a compressões nervosas – e.g. estenose de canal, radiculopatia, compressão neural periférica – ou redução de complacência neural</i>). Definição: Dor neuropática é “aquela causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somato-sensorial” (IASP 2011), em contraste com dor nociceptiva. Comentário: instrumentos de triagem para dor neuropática (particularmente: DN4-Br [Santos, 2010]), serão discutidos, e poderão ser usados ainda no período de capacitação, conforme decisão da equipe. <p>Registro (geral): As estruturas específicas significativamente acometidas deverão ser todas anotadas.</p>
---	--

Observação:

Exame Físico Focal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da das condições clínicas, suspeitas ou conhecidas, mencionadas em Fatores Perpetuantes e Barreiras ao Tratamento, particularmente os fatores perpetuantes Estruturais (Travell, 1999; Kendall, 1993) – vide Avaliação; • Identificação de Pontos-Gatilho Miofasciais (dentre Mecanismos Biológicos), Sensibilização Espinhal Segmentar (dentre Consequências Perpetuantes), e resposta a Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos (vide Avaliação, e Tratamento); • Manobras Diagnósticas específicas, focando demais Mecanismos Biológicos. Comentário: Detalhadas na versão completa deste Projeto, conforme quadro clínico e região anatômica (e.g. testes de compressão nervosa, testes ligamentares, e testes de complacência neural).
---------------------------	---

3.7.3. Tratamento

Tratamento	Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> <p>• massagem tipo “<i>deep stroking</i>” (DS) de pontos-gatilho (PGs); <u>Definição:</u> movimentos de ordenha curtos (6 a 12 ao longo de 15 a 20 segundos), unidirecionais, sobre o ponto-gatilho; visando um nível algico de 7 em 10 durante a massagem (Davies,2004). <u>Comentário:</u> A intenção é contribuir para a drenagem local de metabólitos acumulados, facilitando a inibição do ponto-gatilho (Davies, 2004), mas a destruição mecânica dos PGs, mais suscetíveis à manipulação devido à menor perfusão, pode ser fator importante (Travell, 1999). Para efeito do protocolo, DS não será realizado sobre a artéria carótida, ou sobre vasos sob suspeita de trombose, evitando eventual deslocamento de placa ou coágulo. Serão submetidos à massagem os PGs que reproduzam a dor do paciente, gerem dor intensa à palpação, ou irradiem para um território extenso incluindo a dor do paciente (pois PGs secundários ou periféricos desativam-se frequentemente em sequência, de modo espontâneo). Como facilitador ao relaxamento muscular e distração, associar-se-á sempre a expiração forçada lenta, o que contribui à efetividade e tolerância (Travell, 1999). Para facilitar o aprendizado do paciente, sugerem-se massagens mais lentas (3 a 4 massagens a cada expiração longa, três expirações longas em aproximadamente um minuto, máximo quatro expirações longas); favorecendo pressão suficiente, atenção à unidirecionalidade da força aplicada (para ordenha adequada), percepção e estabilidade da banda tensa sob massagem (que, ao escapar da pressão escorregando subitamente, gera dor aguda e sem benefício), princípios estes difíceis de reproduzir com movimentos mais rápidos. Se houver pouca tolerância (ou eficácia), tentar intervalos de cerca de dez segundos de repouso entre movimentos curtos (Davies, 2004), associando-se contração de musculatura antagonista à expiração lenta (Travell, 1999). Se ainda ineficaz, avaliar demais passos do protocolo. Se eficaz (ainda que parcialmente) nos PGs principais, e com boa resposta da dor usual, ensinar auto-massagem; se, apesar de localmente eficaz, a dor usual ainda for significativa, buscar outros mecanismos. Tipicamente, pontos-gatilho sintomáticos há poucos meses respondem ao DS com redução da dor irradiada e local ao longo de um a dois minutos, devendo ser repetidos várias vezes ao dia pelo paciente, até eliminação completa da dor à palpação. Caso Fatores Perpetuantes persistam, e/ou automassagem e/ou alongamento não sejam realizados adequadamente, os PGs tenderão a se reativar ao longo de horas a poucos dias. <u>Registro:</u> Resposta imediata total, parcial ou ausente. Dificuldade inicial (requerendo intervalos entre massagens e contração de antagonista) presente ou ausente.</p> <p>• bloqueio para-espinhoso (BPE); <u>Definição:</u> Anestesia em leque ao longo de um plano sagital entre processos espinhosos e o músculo <i>spinalis</i>, profundamente (dorsalmente à lâmina vertebral), em relação a segmentos medulares específicos; seguida da anestesia dos respectivos ligamentos supra e inter-espinhosos (Fisher, 2002). <u>Comentário:</u> O efeito imediato do BPE sobre a Sensibilização Espinhal Segmentar (SES – vide Consequências Perpetuantes) é interpretado como secundário ao bloqueio de impulsos nociceptivos provenientes de focos irritativos no ligamento interespinhoso, aparentemente um dos principais fatores de perpetuação da SES (Fischer, 2002). O BPE não está previsto, como parte do protocolo-piloto, em região cervical, por sua maior complexidade; e deve ser postergado em caso de dor difusa, sem particular preponderância de uma ou duas regiões sobre as demais – caso em que o reforço prévio da medicação é aconselhado, para evitar rápido retorno da SES (rebote). Utilizar-se-á lidocaína diluída a 1%, conforme técnica original; porém agulhas de 30 x 0.7mm (pela maior disponibilidade no SUS). Sugere-se realizar a seqüência de agulhamento do ligamento inter-espinhoso somente caso a SES não remita apenas com a anestesia em leque do espaço para-espinhoso, por ser essa uma etapa mais dolorosa (exceto no caso de BPE bilateral – Fisher, 2002), e por concisão. Assim, sugere-se penetração imediatamente lateral ao processo espinhoso, para facilitar anestesia de dois segmentos por penetração; deixando a penetração lateral ao ligamento interespinhoso (conforme protocolo original – Fisher, 2002 – visando agulhamento em sequência, do ligamento) para o caso de resposta insuficiente nesta primeira etapa. Usualmente, a SES remite imediatamente após o BPE, com conseqüente redução da dor em todo o miótomo envolvido, deixando ativos somente os PGs principais; que devem ser inibidos (por <i>deep-stroking</i>) ou inativados (por agulhamento) em seguida. Caso PGs persistam, ou novos sejam ativados (e.g. devido a Fatores Perpetuantes não abordados), a SES poderá se reinstalar ao longo de dias a semanas. <u>Registro:</u> Resposta significativa ou não-significativa (quanto à SES). Agulhamento ou não do ligamento interespinhoso (comentado, se necessário).</p>
-------------------	---	--

Tratamento	Procedimentos Diagnóstico-Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> • agulhamento de PGs com lidocaína a 1% (APG); <u>Definição:</u> Passagem de agulha através de ponto-gatilho, sucessivamente; antecedida por bloqueio pré-anestésico (BPA) e acompanhada da infiltração de pequenas quantidades de lidocaína (Fisher, 2002). <u>Comentário:</u> O APG visa inativação, por destruição mecânica pela agulha, dos pontos-gatilho miofasciais. O uso de lidocaína a 1% (menos miotóxica que a 2%) reduz a dor durante e imediatamente após o processo; porém é o agulhamento, e não a medicação, o responsável pela melhora de longo prazo (Travell, 1999) – justificando o termo “agulhamento”, ao invés de bloqueio. A infiltração peri-lesional prévia ao agulhamento (BPA) facilita a localização do PG principal, uma vez que a banda tensa reduz a até 15% do tamanho original, pelo alívio da contração neurogênica (Fisher, 2002). A banda tensa muscular que contem o PG é palpada e fixada entre dedos; e, com técnica estéril, infiltram-se em leque pequenas quantidades (0.1 a 0.5ml) da lidocaína previamente diluída (de 2% para 1%) no entorno da nodulação; agulhando-se depois o seu <i>core</i> central à procura de PGs, repetidamente, com retração da agulha para o subcutâneo antes de cada mudança de direção. Tipicamente, o encontro de um PG gera contração involuntária da banda tensa (“<i>twitch</i>”), com reprodução súbita, intensa e transitória da dor irradiada usual; quando também será imediatamente infiltrada pequena quantidade (0.1ml a 0.2ml) de lidocaína. O procedimento deve ser explicado detalhadamente ao paciente, para que espere o fenômeno <i>twitch</i>, e o correlacione com sua dor usual, entendendo assim o tratamento. O APG não será realizado, como parte do protocolo-piloto, em regiões anatômicas com risco de lesão acidental de órgãos nobres, incluindo feixes vâsculo-nervosos centrais; e a injeção de lidocaína será sempre precedida de aspiração. O APG será postergado em caso de dor difusa, particularmente se não houver preponderância de uma região sobre as demais – caso em que o reforço prévio da medicação é aconselhado, para evitar rápido retorno da dor (rebote). <u>Registro:</u> Resposta total, parcial ou ausente. Presença ou ausência de resposta “<i>twitch</i>” (visível, palpável ou dedutível pela resposta corporal do paciente). Comentários relevantes.
	Orientações	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos (Travell, 1999) (vide Fatores Perpetuantes): • Musculares: automassagem em “<i>deep-stroking</i>”, alongamento, técnicas de inibição de contração muscular (para agudizações súbitas, como câimbras), fortalecimento gradual, equilíbrio e condicionamento físico (Travell, 1999; Davies, 2004); • Cognitivo-comportamentais, extensivas à família e rede de apoio primária (vide Barreiras ao Tratamento, item Cognitivo-comportamentais); • Sociais.

Tratamento	Medicamentos usualmente disponíveis no SUS	<ul style="list-style-type: none"> • analgésicos não-opioides (ANOs); • anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs); • anti-depressivos tricíclicos. <p>Comentário: O paciente chegará à primeira consulta em uso regular de dose máxima tolerada de ANO e AINE (vide Fluxo nas Fases de Capacitação, e de Teste do protocolo-piloto). Tricíclico em baixa dose (e.g. amitriptilina 12,5 a 25mg/noite) será adicionado, na ausência de contra-indicação conhecida ou suspeita (e.g. arritmia, glaucoma não controlado), em todo caso de má resposta aos procedimentos diagnóstico-terapêuticos, ou quando estes procedimentos tiverem sido postergados pela presença de dor difusa e intensa; devendo ser mantido até melhora da dor a nível leve e raro, caso não haja intolerância. Outras medicações, como opioides, miorrelaxantes, e estabilizantes de membrana, poderão ser prescritas, em caso de má resposta com ANOs + AINEs + tricíclico + orientações, conforme indicação e disponibilidade. Se, ao contrário, houver boa resposta a procedimentos ou outros tratamentos específicos, o AINE passará a “SOS” (i.e. uso conforme necessário) até revisão, e, sucessivamente, também o ANO.</p> <p>O tratamento específico de fatores perpetuantes orgânicos (e.g. tireoidopatias, Sjogren, polimialgia reumática), bem como de depressão clínica ou transtornos de ansiedade, será simultâneo ao do componente miofascial diagnosticado ao exame.</p> <p>Registro: o medicamento e posologia prescritos, bem como os efetivamente realizados (incluindo data de início e término), serão anotados para avaliação posterior.</p>
	Dispositivos Auxiliares & Adaptações Ergonômicas	<ul style="list-style-type: none"> • adaptação de calçados para estrutura de pé de Morton; Definição: A estrutura de pé de Morton é a variante anatômica definida por um segundo metatarsiano mais longo que o primeiro (Travell, 1999). Comentário: Está presente em cerca de 40% das pessoas. A cabeça do segundo metatarsiano recebe parte do peso que deveria caber ao hálux, e o apoio é desviado de um tripé (entre primeiro e quinto metatarsianos e o calcâneo) para uma linha (entre calcâneo e cabeça do segundo metatarsiano), com conseqüente instabilidade, e movimentos adaptativos que sobrecarregam a musculatura do pé, perna e glúteo, e explicam o desgaste preferencialmente lateral do salto e medial da sola. São comuns calosidades mediais, laterais, e sob o segundo metatarsiano. A indicação da adaptação de calçados ocorrerá em todo caso de estrutura de pé de Morton que possua calosidades ou desgaste de solado clássicos, além de dor recorrente em uma musculatura potencialmente relacionada. Preconiza-se uma pequena elevação na palmilha sob a cabeça do primeiro metatarsiano (Travell, 1999; Davies, 2004), a qual pode ser conseguida com um pequeno apoio de feltro para pés de mesa (2mm de espessura; dupla-face, sendo a segunda adesiva), aderido à palmilha original – i.e. com a face de feltro para cima e a adesiva para baixo; dentre outras adaptações semelhantes, citadas na bibliografia (Travell, 1999; Davies, 2004). • apoios (bengalas, muletas e andadores), conforme indicação e disponibilidade local, pelo tempo (estritamente) necessário; • palmilhas, conforme disponibilidade local e indicação (e.g. palmilhas corretivas para discrepâncias significativas de membros inferiores; ou para suporte a pé plano); • outros, a serem discutidos conforme indicação (e.g. órteses, a serem discutidas com respectivos especialistas) <p>Registro: No caso de adaptações para estruturas de pé de Morton, registrar aumento ou não da estabilidade de marcha, e redução da rotação lateral de coxa / hiperversão de ante-pé compensatórias. Nos demais casos, registrar adequação dos apoios e impressão subjetiva do paciente.</p>

3.7.4. Solicitação de Exames, Pareceres e Encaminhamentos

Solicitação de exames e pareceres	<p>A solicitação ocorrerá segundo disponibilidade e acordos locais, conforme as seguintes indicações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• corroboração de suspeita ou mensuração de atividade de doenças (vide fatores perpetuantes ou barreiras de tratamento de ordem orgânica; e mecanismos biológicos não-miofasciais), abordáveis cirúrgica ou medicamentosamente de modo específico; Comentário: Exceção será feita aos seguintes exames, a serem solicitados previamente à primeira consulta, a fomentar discussões posteriores: hemograma, velocidade de hemossedimentação (e/ou proteína C-reativa), glicemia de jejum, e hormônio estimulante da tireóide. Outras indicações, igualmente sugeridas por Travell e Simons, seriam: níveis séricos de ferritina, potássio, magnésio, cálcio livre; vitaminas B1, B6, B12, C, ácido fólico; colesterol, e ácido úrico (Travell, 1999).• todo paciente com dor mecânica será referenciado a tratamento fisioterápico, exceto excepcionalmente (conforme disponibilidade versus gravidade) os com resposta pronta e mantida à terapia proposta no Projeto;• todo paciente com indicação de apoio, palmilha ou órtese, será encaminhado (conforme disponibilidade versus gravidade) segundo fluxo local para a especialidade ou ambulatório localmente apontados (e.g. fisioterapia, ortopedia, terapia ocupacional, ambulatório de pé diabético,...);• a indicação para psicologia, terapia ocupacional, e demais especialidades, será anotada (para discussão posterior), e encaminhada conforme disponibilidade versus gravidade, segundo fluxo local. <p>Registro (geral): Data, descrição e quantificação (conforme cabível ou disponível) das intervenções realizadas.</p>
--	---

V. Anexos:

Tabela 1: Qualificação

Que dor é esta?	(Qualificação)	Local / irradiação	De onde, para onde		
		Qualidade	Triagem para dor neuropática	Choque ou queimação ou frio doloroso	
				Outros	
		Ritmo	Triagem das principais situações de alerta sobre dor nociceptiva	Mecânico,	Dor relacionada ao movimento ou posturas mantidas (sistema locomotor)
				Inflamatório,	Dor associada a rigidez, com piora após repouso prolongado (retenção de edema por inflamação)
				Cólica;	Dor que aumenta e reduz ciclicamente, independente de posição (contração de víscera oca)
				Claudicante;	Dor associada a dada quantidade de esforço (limite fixo para perfusão, i.e. suboclusão arterial)
				Isquêmico	Dor contínua associada a alterações autonômicas (possível necrose em curso, i.e.oclusão arterial; ou dissecação de aneurisma)

Tabela. 2: Quantificação

Quanto incomoda?	(Quantificação & Risco de cronificação)	Tempo,	visão macro: avaliação das crises	Início	Início da dor com as características acima, em qualquer intensidade	circunstância deflagradora / velocidade de instalação	Início deste padrão temporal	Evolução abrupta ou insidiosa	Última "Agudização" das Crises quanto ao padrão temporal
				Duração	usual de uma crise, atualmente	Circunstancias de melhora da crise (i.e. tratamentos), usualmente		"Controlabilidade"	
				Recorrência	usual de uma crise, atualmente	circunstâncias deflagradoras da crise, usualmente		"Instabilidade" Trauma, esforço, estresse emocional?	
		Intensidade,	visão micro: oscilação da dor dentro da crise atual	Mínima	Circunstância de alívio máximo	circunstâncias	Início deste padrão de intensidades	Fatores aliviadores (posturas, medicações)	Última "Agudização" das Crises quanto ao padrão de intensidades
						Tempo para alívio da dor		Parâmetro (secundário) de melhora / piora	
				Usual	Nível de dor mais comum	circunstâncias		Fatores mais comuns associados à dor	
						Persistência necessária da atividade para início da dor		Conceito de Irritabilidade, parâmetro (secundário) de melhora / piora	
				Máxima	Circunstância de pior dor	circunstâncias		Fatores agravantes (posturas, ações, estresse emocional)	
						Duração da dor máxima		Parâmetro (secundário) de melhora / piora	
		Limitações funcionais	visão micro: limitação dentro do padrão de intensidade atual	Atividades de vida diária	AVDs: autonomia, atividade física	cuidado pessoal, cuidado da casa, tarefas externas			
Profissional	Estabilidade financeira			impacto pessoal, impacto financeiro					
Lazer & Relacionamentos	Vida de relação (incluindo vida sexual)			Atividades de lazer mais importantes ao paciente; vida sexual					
Consequências Perpetuantes	Vide próximo item, "contexto"								

Tabela 3: Contexto

Qual a luta por detrás?	Contexto	Consequências Perpetuantes	Fatores perpetuantes significativamente amplificados pela dor crônica (ciclo vicioso)	Disfunções de Humor	Depressão		
					Irritabilidade		
					Ansiedade		
				Esgotamento	fadiga, cansaço, abatimento		
				Disfunções de Sono	Insônia inicial	Difícil conciliação do sono	
					Sono superficial	Sono leve, interrompido (não necessariamente pela dor)	
					Sono não-repousante	Despertar mais cansado do que antes de ir dormir	
		Disfunções da Rede de Apoio "primária"	i.e. incluindo Família, Amigos & colegas de Trabalho	Apoio insuficiente	aspecto "quantitativo": insatisfação do paciente por falta de apoio e/ou acolhimento e/ou qualidade de relacionamento		
				Apoio disfuncional	aspecto "qualitativo": reforço de barreiras Cognitivo-Comportamentais, conforme adiante; além, por exemplo, do imobilismo.		
				Sofrimento e desajuste	"a que preço": reajuste de papéis e intensificação de problemas devido à dor de um dos familiares. (quem cuida de quem cuida?)		
		Postura Antálgica					
		SES	Sensibilização Espinhal Segmentar (sensibilização central a nível medular)				
		Fatores Perpetuantes	Fatores que "não causam a dor, mas a amplificam ou perpetuam"	Posturas e Atividades de modo rotineiramente inadequado		Decúbito, Sentada, Ortostase	Auto-cuidado
						Deitar-se, sentar-se e erguer-se	Vida de Relação
Erguer ou levar objetos	Vida de Relação (/profissional)						
Estilo de vida				Tabagismo			
				Etilismo			
				Sedentarismo			
Exposições Ocupacionais				Carga freq > 30% peso?	e.g. indicando Orientações específicas, fortalecimento		
				Posturas não ergonômicas mantidas / Esforço Repetitivo	e.g. indicando Pausas, ergonomia		
				Estresse emocional / Desmotivação profissional	e.g. tentar orientação, Terapia cognitivo-comportamental		

Qual a luta por detrás?	Contexto	Fatores Perpetuantes (continuação)	Fatores que “não causam a dor, mas a amplificam ou perpetuam”	Alterações estruturais & funcionais	Sobrepeso ou Obesidade			
					Desvios de eixo		Cifose, lordose e/ou escoliose	Coluna vertebral
	Valgismo ou varismo	Principalmente, joelhos						
	Distúrbios de Inversão ou eversão	Pés (e.g. pés planos)						
Assimetrias & Desproporções		Discrepância entre membros inferiores						
		Estrutura de pé de Morton	Segundo metacarpiano mais longo que o primeiro					
		Hipotrofia muscular	Por ponto-gatilho, disfunção neurológica ou postura					
Restrições	Reduções no arco de movimento por qualquer causa							
Disfunções dinâmicas	relacionadas ao atraso ou inibição do mecanismo de ativação muscular (e.g. perda do mecanismo de antecipação da musculatura estabilizadora comprometida)							
Alterações orgânicas	Endócrinas		DM					
			Tireoidopatia					
			Climatério ou Menopausa / Andropausa					
	Reumatológicas		Sjogren					
			Polimialgia Reumática					
			Artrose (e.g. poliartrrose)					
	Neurológicas		Estenose de Canal					
			Radiculopatia					
			Compressão de nervo periférico					
	Fibromialgia							
Psiquiátricas		Vide texto						
Hipovitaminoses		Vide texto						

		Barreiras ao Tratamento		Orgânicas	Cognitiva			
					Visual ou Auditiva			
					Locomotora			
					Intolerâncias medicamentosas			
				Cognitivo-comportamentais	vínculo		Vínculo ausente	
							Vínculo superficial	
					enfrentamento & plano terapêutico		medo de causa oculta grave, desesperança, auto-piedade, catastrofização, imobilismo, baixa auto-eficácia	Enfrentamento "negativo"
							Dependência de tratamentos passivos, Resistência a tratamento preventivo	Enfrentamento passivo
							Estoicismo & negação	Pró-ativo, porém disfuncional
							Comportamento-de-dor-Crônica	Misto
					ganhos secundários		Família disfuncional	Vide Consequências perpetuantes
							Desmotivação ou Litígios trabalhistas	
							Adicção (opiáceo, BDZ)	
					Determinantes sociais de saúde	Condições de vida & ambiente		
				Condições de transporte & lazer				
				Relacionados à rede de apoio "secundária"		Poder público e Sociedade civil organizada	Acesso à rede de apoio	
						Rede de apoio insuficiente		
						Rede de apoio disfuncional		

IV. Referências:

- (1) Bennett MI, Closs SJ. Methodological Issues in Nonpharmacological Trials for Chronic Pain. IASP Pain Clinical Updates. 2010; 8(2). Disponível em:
<<http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home,Home&SECTION=Home,Home&CONTENTID=15079&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>>.
- (2) Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, for the CONSORT Group. Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Ann Intern Med.* 2008; 148(4):295-309. Disponível em:
<<http://www.annals.org/content/148/4/295.full.pdf+html>>.
- (3) Bracher ESB. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008.
- (4) Davies C. *The Trigger Point Therapy Workbook*. 2nd Ed. Oakland: New Harbinger Publications; 2004.
- (5) Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, Kerns RD, Stucki G, Allen RR, Bellamy N, Carr DB, Chandler J, Cowan P, Dionne R, Galer BS, Hertz S, Jadad AR, Kramer LD, Manning DC, Martin S, McCormick CG, McDermott MP, McGrath P, Quessy S, Rappaport BA, Robbins W, Robinson JP, Rothman M, Royal MA, Simon L, Stauffer JW, Stein W, Tollett J, Wernicke J, Witter J. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain.* 2005;113:9-19. Disponível em:
<<http://www.immpact.org/publications/Dworkin%20et%20al.,%202005.pdf>>
- (6) Eurobarometer. *Health in the European Union – Special Eurobarometer Report 272*. 2007. Disponível em:
<http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf>
- (7) Eurostat – Statistical office of the European Union. *Europe in figures -Eurostat yearbook*. 2011. Disponível em:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-11-001/EN/KS-CD-11-001-EN.PDF>
ou<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-11-001>
- (8) Fisher AA. New Injection Techniques for Treatment of Musculoskeletal Pain. In: Rachlin ES, Rachlin I, editors. *Myofascial Pain and Fibromyalgia – Trigger Point management*. 2nd Ed. Missouri: Mosby; 2002.
- (9) Fisher, AA. New Concepts in the Diagnosis and Management of Musculoskeletal Pain. In: Lennard TA, editor. *Pain Procedures in Clinical Practice*. 2nd Ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1994.

- (10) Foster NE, Dzedzic KS, van der Windt DAWM, Fritz JM, Hay EM. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009; 10:3. Disponível em:
<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-10-3.pdf>>.
- (11) IASP – International Association for the Study of Pain. Epidemiology of Musculoskeletal Pain. In: *Global Year Against Musculoskeletal Pain: October 2009 – October 2010*. Disponível em:
<<http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=9280>>.
- (12) IASP – International Association for the Study of Pain. *IASP Taxonomy*. 2011. Disponível em:
<<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>>.
- (13) ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. *Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain*. 2011. 5th Ed. Disponível em:
<http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.html>.
- (14) Imamura M, Hsing WT, Platt LD, Fregni F. How to develop research capacity using a collaborative training approach: the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) international training program experience. *J Rehabil Med*. 2009; 41(4):295-6. Disponível em:
<<http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0345>>.
- (15) Karty A, Christopher M. Module 1: Patient-centered Pain Management. In: AAFP – American Academy of Family Physicians. *AAFP – Live! Issue: Pain Management – The Role of Family Physicians in the Treatment of Pain and its Comorbidities*. Disponível em:
<<http://www.aafp.org/online/en/home/cme/aafpcourses/conferences/aafplivecme/painmanagement.html>> ou
<<http://www.aafp.org/online/en/home/cme/aafpcourses/conferences/aafplivecme/painmanagement/painmod1.html>>.
- (16) Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. *Muscles Testing and Function*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 1993.
- (17) Macfarlane, GJ, Jones GT, McBeth IJ. Epidemiology of pain. In: McMahon SB, Koltzenburg M, Editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 6th Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone (Elsevier); 2006.
- (18) Melzack R, Katz j. Pain assessment in adult patients. In: McMahon SB, Koltzenburg M, Editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 6th Ed. Philadelphia: Churchill

Livingstone (Elsevier); 2006.

- (19) Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed. Xamã; 1998. Disponível em:
<http://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/10722/mod_resource/content/1/artigo%20emerson%20merhy.pdf>.
- (20) Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Versão preliminar). *Cadernos de Atenção Básica*. n. 27. Brasília - Distrito Federal / Brasil. 2009. Disponível em:
<189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf>
- (21) Nicholas, MK. Pain management in musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2008; 22(3): 451–470.
- (22) Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G, Burdorf L, for the European Commission Directorate General for Health and Consumers. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. 2011. Luxembourg. ISBN 978-92-79-18526-7. Disponível em:
<http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/final_sum_ecorys_web.pdf>.
- (23) Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, Kaziyama VM, Ferreira KA, Souza I, Teixeira MJ, Bouhassira D, Baptista AOF. Translation to Portuguese and Validation of the Douleur Neuropathique 4 Questionnaire. *The Journal of Pain*. 2010; 11(5):484-490.
- (24) SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Projeto "Controle da dor no Brasil" (Brasil Sem Dor). Versão reformulada em 2003. Disponível em:
<http://www.dor.org.br/profissionais/s_projeto.asp>.
- (25) SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por quê. 2004. Disponível em:
< http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf >.
- (26) Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomized Trials. *Ann Intern Med*. 2010;152(11):726-32. Disponível em:
<<http://www.annals.org/content/152/11/726.full.pdf+html>>.
- (27) Travell JG, Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction - The Trigger Point Manual*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Willian & Wilkins; 1999.
- (28) Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted Version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. *Braz Dent J*. 2006; 17(4): 328.
- (29) Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, Macpherson H, Victor N, Sherman KJ, Witt C, Linde, K, the Acupuncture Trialists' Collaboration. Individual

- patient data meta-analysis of acupuncture for chronic pain: protocol of the Acupuncture Trialists' Collaboration. *Trials* 2010, 11:90. Disponible em:
<<http://www.trialsjournal.com/content/11/1/90>>.
- (30) Wand BM, O'Connell NE. Chronic non-specific low back pain – sub-groups or a single mechanism? *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008, 9:11. Disponible em:
<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-9-11.pdf>>.
- (31) Wand, BM, O'Connell NE. Chronic non-specific low back pain – sub-groups or a single mechanism? *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008, 9:11. Disponible em:
<<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/11>>.
- (32) Watson CPN, Chipman ML, Monks RC. Antidepressant analgesics: a systematic review and comparative study. In: McMahon SB, Koltzenburg M, Editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 6th Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone (Elsevier); 2006.
- (33) WHO – World Health Association. Scoping document for WHO treatment guidelines on chronic non-malignant pain in adults. 2008. Disponible em:
<http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_non-malignant_pain_adults.pdf>.
- (34) Wonca-Europe - European regional branch of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca). The European definition of general practice/ family medicine. 2011. Disponible em:
<<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Version%202011/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>>.
- (35) Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011; 152(3 Suppl): S2–15. Manuscrito disponible em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268359/pdf/nihms249521.pdf>>.