



**JOSÉ DE CARVALHO NETO**

**MANEJO DA DOR CRÔNICA EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE  
SÃO CRISTÓVÃO-SE**

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**



**JOSÉ DE CARVALHO NETO**

**MANEJO DA DOR CRÔNICA EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE  
SÃO CRISTÓVÃO-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Rafael Fraga de Carvalho.

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**

## RESUMO

A dor crônica, seguramente, encontra-se entre os 85% dos problemas mais prevalentes na população em geral e deve ser atentada como um importante sinal preditivo de significativas lesões, como hérnia discal e diversos tipos de câncer, por exemplo. Neste projeto, intenciona-se identificar e classificar cada caso de dor crônica, que podem aparecer em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS), para explicitar a relação entre a classificação da dor e suas implicações fisiológicas no tratamento do paciente. A intervenção será concretizada nas seguintes fases: exame físico, impressão diagnóstica, tratamento e avaliação do tratamento. É esperado que os profissionais médicos da atenção básica ofereçam o tratamento inicial para os pacientes com dor crônica, considerando o fato de que alguns pacientes tenham dificuldade de obter a consulta com especialista.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Viabilidade do tratamento. Dor crônica.

## **ABSTRACT**

Chronic pain is safely deemed one of the problems which are among the 85% commonest or more prevalent in Brazilian population. Moreover it is considered physiopathologically an important predictive symptom of significant lesions, such as discal herniation and several types of cancer, for example. In this project, it is intended to identify and classify each case of chronic pain which may appear in the Primary Care Unit, in order to explicit the relationship between pain classification and the implications in the optimal treatment of the patient's pain. This intervention project will be concreted in the following phases: physical examination, diagnostic impression, treatment and evaluation of the patient. It is also expected that the general practitioners offer the initial treatment to those patients dealing with chronic pain, considering the fact that those patients may have institutional problems to achieve medical consultation with the expected specialists.

**Keywords:** Primary Care. Treatment Viability. Chronic Pain.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO</b>	<b>7</b>
<b>ATIVIDADE 2</b>	<b>16</b>
<b>ATIVIDADE 3</b>	<b>19</b>
<b>ATIVIDADE 4</b>	<b>20</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>21</b>
3.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DA ÁREA ADSCRITA	21
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRAGEM	21
3.3 VIABILIDADE QUANTO À CONTINUIDADE DAS PRESCRIÇÕES DE MEDICAÇÕES DE DOR	23
3.4 VIABILIDADE NA OBTENÇÃO DE CONSULTAS COM ESPECIALISTAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA PELO SUS	23
3.5 VIABILIDADE NA OBTENÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM SIMPLES E COMPLEXOS PELO SUS	23
<b>4. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sou José de Carvalho Neto, médico, graduado em 2015, no primeiro semestre, pela Universidade Federal de Sergipe. Atuo no município de São Cristóvão, estado de Sergipe. A minha primeira experiência profissional em Programa de Saúde da Família (PSF) foi de março de 2015 a maio de 2016, em Aracaju-SE, quando ingressei no Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB). Foi uma ótima experiência, apesar de ter sido facilitada pela presença de pediatras e ginecologistas na Unidade de Saúde da Família (USF) João Cardoso Nascimento Júnior, porém, muito mais exigido no tocante à saúde e mental. Em São Cristóvão, fui mais exigido em termos de versatilidade, no quesito de fazer pré-natal, puericultura, clínica pediátrica e prescrição de anticoncepcionais.

Laborei, inicialmente, na USF Manoel Juvino Cardoso, zona rural de São Cristóvão, quando problemas estruturais, sobretudo no tocante ao transporte, limitaram o meu desempenho profissional. Outra questão, devido a problemas inerentes à transição de uma gestão para outra, foi a impossibilidade de contratação de um bacharel em Enfermagem para integrar a equipe, pois, a Enfermeira contratada, que lá atuava, foi desligada. O problema do transporte que, inicialmente, consistia em atrasos, culminou na total falta do mesmo, de fevereiro a março de 2017. Em decorrência desses problemas, após relatórios exarados por mim, foi pactuada, entre a Coordenação Estadual do PMMB e a Secretaria Municipal de Saúde, a minha transferência para a USF Luiz Alves, em São Cristóvão-SE, situada na zona metropolitana de Aracaju.

Na comunidade da USF Luiz Alves, a demanda é sobremaneira composta por gestantes e crianças, relativamente poucos em relação a diabéticos, por causa da dieta natural, composta por muitos tubérculos que eles próprios plantavam. Porém, havia o triplo de hipertensos por causa da dieta hipersódica. As verminoses são muito comuns, dada a ausência de saneamento básico, de serviço de coleta de lixo, pois, quando chegam as chuvas, estas contaminam o lençol freático do qual os moradores da localidade utilizam a água para os mais variados usos, inclusive alimentar. Há dificuldade também em adquirir hábitos de lavar frutas, verduras e legumes com hipoclorito para evitar reinfestação por helmintos e protozoários diversos, dentre os quais, esquistossomos, tricúria, lombriga, giárdia e ameba. São pessoas que, raramente, realizam higiene bucal

## 2. ESTUDO DE CASO

### Relato de caso com genograma (ANEXO)

JSC: uma paciente da USF Manoel Juvino Cardoso, de 34 anos de idade. Este fato me foi apresentado na consulta de retorno de ICS, de modo que cabe, neste relato, descrever algumas características de ambas, a fim de levantar aspectos genético-familiares. Esta é prima de ICS, 25 anos de idade, que cursou até o ensino fundamental. Ambas vivem no Assentamento Rosa Luxemburgo, muito próximo à divisa de São Cristóvão com o município de Areia Branca, zona rural.

Na referida família, a multiparidade é uma constante, de modo que ICS é a oitava filha e JSC é a quinta. Trata-se de uma família com histórico de acompanhamento com a psiquiatria devido a transtornos psicóticos e maníacos. A mãe de JSC morreu por suicídio, enquanto a mãe de ICS mora em Quissamã, uma comunidade rural de Nossa Senhora do Socorro-SE, próxima ao Cardoso, e é prejudicada nas relações interpessoais devido ao seu quadro psiquiátrico, não especificado pela filha ICS.

Desse modo, o primeiro caso psiquiátrico que chamou a atenção da equipe foi o de JCS, que já tem seis filhos (sendo dois meninos), todos de pais diferentes, cada um deles com a guarda do filho, a exceção de uma. A solicitação da guarda é atribuída à ausência de plenas faculdades mentais de sua genitora. No entanto, JSC é visitada por algumas filhas com uma certa frequência. Na primeira impressão diagnóstica, quando inquirida sobre os sintomas – parecia depressão –, JSC já conhecia o CAPES e queria apenas prescrição de Clonazepam para se acalmar. Como não é da minha conduta prescrever indiscriminadamente benzodiazepínicos, perguntei-lhe sobre os sintomas, quando a mesma quis confirmar a impressão diagnóstica de transtorno depressivo.

Contudo, algumas acompanhantes mais próximas falaram que muitas vezes ela ficava extremamente alegre. Queixava-se de solidão, porém é agressiva com membros da comunidade, escutava vozes quando ficava alegre e não dormia bem. Quando alegre, dava tudo o que possuía em sua casa, ocasiões em que algumas pessoas mais próximas tomavam vantagens destes momentos. Quando triste, agredia as pessoas verbalmente e, às vezes, também, fisicamente. No mesmo momento fiz

uma rasura no prontuário e tracei outra proposta terapêutica sob a hipótese de Transtorno Afetivo Bipolar, substituindo a prescrição de Fluoxetina por Carbamazepina 200 mg de 8/8 h, associada à Tioridazina 50 mg à noite, para o controle dos sintomas psicóticos e para melhorar o sono. Prescrevi, ainda, o anticoncepcional Noregyna, bem como registrei, por escrito, todas as orientações para garantir a adesão e evitar nova gestação.

Na consulta de retorno, a paciente disse que gostou muito do esquema terapêutico. Sobre a questão da multiparidade, encaminhei a paciente à Assistente Social da Sede para andamento às instruções sobre outros métodos anticoncepcionais. Com relatório de doença psiquiátrica e, de acordo com a paciente, solicitei a maior celeridade possível para a ligadura tubária. Até então não sabia do parentesco de JSC com ICS, a apresentando muito boa comunicação, com bom encadeamento de ideias, mostrando fluidez do pensamento. ICS foi tratada por mim, com sintomas de Síndrome do Pânico à primeira consulta, pois se queixava de taquicardia, sudorese fria, associada à presença de ansiedade de sair de casa ou de qualquer novidade ou discussão com o seu marido. Sob a referida hipótese, foi prescrita a Fluoxetina de 20 mg.

Após seis meses de terapêutica, a paciente insinuou que a adesão não foi a melhor, não confirmando nem negando que continuou com a terapêutica. Ainda nesta consulta, a paciente admitiu que, ao tomar a medicamento, ficava muito alegre e, quando passava o efeito, ficava muito agressiva. Inclusive, seu marido pedia para ela não tomar mais o medicamento. Em seguida, comentou, superficialmente, o caso de JSC e disse que o seu próprio caso é muito parecido e referiu que era prima dela. Como existe na literatura caso de história familiar de transtorno bipolar, troquei de hipótese diagnóstica também com ela. Realizei prescrição igual com bons resultados terapêuticos.

Transtorno bipolar é diagnosticado a partir de estado maníaco ou hipomaníaco do paciente, condições estas que, por si só, subclassificam esta doença em tipo I (quadro maníaco) e tipo II (quadro hipomaníaco). No entanto, sobretudo no transtorno bipolar tipo II, o paciente manifesta, mais frequentemente, sintomas depressivos, que o motivam a procurar suporte médico (GOODWIN; JAMISON, 2007). Em um estudo de seguimento de 10 anos, pacientes com transtorno bipolar tipo I estiveram deprimidos em 31% do tempo, mais do que em mania (9%) ou em estados mistos (9%). Pacientes com transtorno bipolar tipo II estiveram em depressão em 50,3% do

tempo, muito mais do que em hipomania (1,3%) (JUDD-LEWIS; AKISKAL-HAGOP, 2003). Dos indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar, em torno de 50%, apresentam episódios depressivos. A cronicidade de tais episódios pode ocorrer em 20% dos pacientes, assim como podem ser mais irresponsivos ao tratamento, em relação aos episódios maníacos ou hipomaníacos (YATHAM *et al.*, 2005). A depressão bipolar, seja manifestada por episódios depressivos, ou depressão subsindrômica, contribui ainda com grande parte da perda de qualidade de vida do paciente com transtorno bipolar (GOODWIN; JAMISON, 2007).

O paciente com depressão bipolar pode chegar ao médico em três momentos, ainda conforme Goodwin e Jamison (2007):

- Primeiro momento: Portadores de transtorno bipolar I ou II que já se encontram em tratamento de manutenção com estabilizadores de humor e que apresentam uma recorrência de um episódio depressivo;
- Segundo momento: Pacientes que nunca tomaram estabilizador de humor, mas que se apresentam pela primeira vez no médico em um episódio depressivo, onde se consegue identificar a presença de um transtorno bipolar pela história prévia de episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos
- Terceiro momento: Pacientes previamente diagnosticados e tratados como portadores de transtorno depressivo recorrente.

É possível que em torno de 50% dos diagnósticos de depressão unipolar sejam, na verdade, transtorno bipolar, ao serem considerados os seguintes aspectos: início precoce do primeiro episódio, uma alta taxa de recorrências de episódios depressivos, história familiar positiva para transtorno bipolar, abuso de drogas, sintomas atípicos (hipersonia, hiperfagia, reatividade do humor, hipersensibilidade a rejeição, “paralisia de chumbo”), e sintomas psicóticos (GHAEMI *et al.*, 2010). Não raro, pessoas com transtorno bipolar apresentam episódios depressivos antes de apresentar episódios maníacos, bem como o fato de que episódios hipomaníacos passam despercebidos por médicos, pacientes e/ou familiares (GOODWIN; JAMISON, 2007). O fato de que o suicídio é um grave problema do transtorno bipolar, é indispensável que a pesquisa ativa de ideação suicida seja um dos componentes

da avaliação geral do paciente que apresenta depressão bipolar. Estimativas apontam que, dos pacientes com transtorno bipolar, a ideação suicida é apresentada por cerca de 14 a 59%, enquanto em torno de 15 a 19% morrem por suicídio (ABREU *et al.*, 2009). Conforme vários estudos em monoterapia, o efeito do lítio é superior ao do placebo e comparável aos antidepressivos tricíclicos no tratamento da depressão bipolar (ZORNBERG; POPE, 1993). Todavia, essa melhor ação antidepressiva em monoterapia do lítio não se confirma na prática clínica, pois, não raro, é necessário associar outros medicamentos.

Outros estudos recentes também fracassaram em mostrar superioridade do lítio em relação ao placebo na depressão bipolar, embora possa dever-se a uma dose relativamente baixa de lítio (600 mg/dia), comparando-se àquelas comumente ministradas na prática clínica. Para que o lítio cumpra sua atividade antidepressiva na depressão bipolar, é recomendado um nível sérico de, no mínimo, 0,8 mEq/l (MALHI *et al.*, 2009). A lamotrigina é um antiepiléptico e estabilizador de humor usado na epilepsia e indicada como monoterapia para o tratamento de depressão bipolar, com fundamento em dois estudos duplo-cegos, controlados com placebo, e em outros estudos paralelos, comparando-a com lítio ou com gabapentina (FRYE *et al.*, 2000).

O efeito antidepressivo da lamotrigina na depressão bipolar foi questionado em duas meta-análises: uma evidenciou que a lamotrigina não é mais eficaz que placebo, e outra demonstrou que ela tem um efeito antidepressivo modesto quando comparada ao placebo (GEDDES *et al.*, 2009; CALABRESE *et al.*, 2008). Associada com o lítio, a lamotrigina é mais eficaz que placebo na depressão bipolar. Embora sua eficácia antidepressiva seja, provavelmente, modesta, a lamotrigina ainda é indicada para tratar esse tipo de transtorno, isto com base na ampla experiência clínica em tal situação (YATHAM *et al.*, 2009).

Já o valporato, tem sua eficácia no tratamento da depressão bipolar de intensidade moderada a grave apontada por uma meta-análise e alguns estudos duplo-cegos, placebo-controlados (GHAEMI *et al.*, 2007). Todavia, pelo fato da amostra desses estudos serem de tamanho pequeno, o valporato ainda não é indicado como uma medicação de primeira linha para a depressão bipolar (YATHAM *et al.*, 2009). Quanto à carbamazepina, apesar de não ter eficácia antidepressiva, apresenta expressiva eficácia profilática. A possibilidade de tal princípio exercer pequeno efeito antidepressivo (resposta constatada em 50% dos pacientes) é sugerida por estudos abertos ou de comparação com medicação ativa (lítio ou

trimipramina). Além disso, a carbamazepina é medicamento de terceira linha porque, até então, não há estudo controlado com placebo da eficácia da carbamazepina na depressão bipolar. Já o seu análogo, a oxcarbazepina, causa menos efeitos colaterais, porém, não é indicado no tratamento da depressão bipolar, pois sua ação antidepressiva não foi investigada, até o momento (YATHAM *et al.*, 2009).

Outro aspecto importante é a necessidade do uso de um fármaco antidepressivo para depressão bipolar, uma vez que tal uso aumenta a possibilidade da virada de um episódio maníaco e aumento das taxas de ciclagem rápida, sendo possível a redução (até 50%) do risco dessa virada pelo uso concomitante de estabilizador de humor associado ao antidepressivo na depressão bipolar. Porém, deve ser um antidepressivo seguro e usado durante um mínimo de tempo possível. Ressalte-se que a mania induzida por antidepressivos é mais leve que a mania espontânea, e que raramente cursa com sintomas psicóticos (TAMADA *et al.*, 2004). Seu uso deve ser descontinuado gradativamente (depois de 6 a 8 semanas de remissão dos sintomas depressivos), exceto nos casos em que os pacientes apresentam episódios depressivos altamente recorrentes (YATHAM *et al.*, 2005). A literatura sugere uma segurança maior com o uso de bupropiona, sertralina e paroxetina (POST *et al.*, 2003).

O número de pesquisas sobre o tratamento de episódios depressivos no transtorno bipolar tipo I é muito maior do que aquelas acerca do transtorno bipolar tipo II, sugerindo-se que estes pacientes usam antidepressivos sem estabilizadores do humor a maior parte do tempo, possivelmente pela natureza desse tipo de transtorno bipolar, com muito poucos episódios hipomaniacos em comparação aos episódios depressivos e pela facilidade com que episódios hipomaniacos passam despercebidos por pacientes, familiares e médicos. Destaque-se que a base do tratamento do transtorno bipolar tipo II também é o uso de um estabilizador de humor (YATHAM *et al.*, 2009). Contudo, estudos duplo-cegos recentes, placebo-controlados incluíram amostras suficientemente grandes de pacientes com transtorno bipolar tipo II, de modo que poucas informações com nível de evidência científica razoável existem para o tratamento da depressão bipolar no paciente tipo II.

A Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade, do original *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) recomenda o seguinte tratamento farmacológico da depressão bipolar (transtorno bipolar tipo I):

- Primeira linha lítio, lamotrigina, quetiapina, quetiapina XRO, lítio ou divalporato + ISRS, olanzapina + ISRS, lítio + divalporato, lítio ou divalporato + bupropiona
- Segunda linha quetiapina + ISRS, divalporato, lítio ou divalporato + lamotrigina, modafinil como adjuvante

As opções de tratamentos farmacológicos da depressão bipolar (transtorno bipolar tipo II) recomendadas pela CANMAT são:

- Primeira linha quetiapina
- Segunda linha Lítio, lamotrigina, divalporato, lítio ou divalporato + antidepressivos, lítio + divalporato, APA + antidepressivos

Os bipolares tipo I devem ser investigados quanto à ideação, intenção, planejamento ou tentativas de suicídio em virtude do risco de 10% a 15%. Aqueles que apresentam risco de suicídio ou de violência de vem ser monitorados de perto e a internação hospitalar está indicada em casos de ameaça a si ou a outras pessoas, complicações psiquiátricas ou médicas, resposta inadequada ou ausência de resposta anterior a tratamento. A internação involuntária pode ser indicada se o paciente recusá-la, mas o ambiente deve ser adequado em termos de estrutura e tranquilidade, vez que alguns estímulos podem provocar hiper-reatividade característica da mania e hipomania. Cabe ao psiquiatra, manter-se atento a possíveis mudanças no estado clínico, como ciclagem para estados mistos ou depressão, assim como à duração e à gravidade dos episódios (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Todos os envolvidos com o transtorno bipolar precisam envolver-se com a psicoeducação continuada, que fornece informações sobre a doença, seu prognóstico e tratamento, propiciando maior entendimento do processo terapêutico e, conseqüentemente, a melhor adesão ao tratamento. Isto pode ser feito diretamente pelo médico ou por meio de encontros psicoeducacionais, muitas vezes promovidos por associações de pacientes ou instituições da rede pública assistencial, assim como pelo fornecimento de folhetos educativos, livros e sites na Internet (ROSSO *et al.*, 2005, apud MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Ainda segundo esses autores:

Avaliar e estimular sempre a adesão ao tratamento é uma tarefa fundamental porque a ambivalência em relação ao tratamento ocorre a qualquer momento e por vários motivos, como falta de discernimento (não ser possuidor de uma doença ou estar curado) ou crenças pessoais (querer vivenciar a “alegria e bem-estar” da hipomania/mania). Efeitos colaterais das medicações, seu custo e outras demandas do tratamento a longo prazo devem ser discutidos com o paciente e seu familiar/cuidador de forma efetiva. Estar alerta e ensinar ao paciente a identificar estressores psicossociais e outros fatores que levem à piora ou ao desencadeamento de crises é fundamental e exige vigilância constante. É importante vigiar possíveis mudanças no estilo de vida e estimular um padrão regular de atividades e de sono. Trabalhar junto com o paciente e seu familiar/cuidador na identificação precoce de sinais e sintomas de recaída auxilia numa intervenção rápida e incisiva, e pode evitar a progressão de um episódio. Os pacientes, muitas vezes, apresentam sequelas emocionais e funcionais de cada episódio e isto também deve ser avaliado e abordado no tratamento por meio de intervenções psicológicas, como psicoterapias, grupos de orientação ou de autoajuda e participação em associações de pacientes e familiares (ROSO *et al.*, 2005, apud MORENO; MORENO; RATZKE, 2005, p. 44).

Conforme o *Work Group on Bipolar Disorder (WGBD)* (2004 apud MORENO; MORENO; RATZKE, 2005), deve-se priorizar os medicamentos antimaníacos com maiores evidências de ação, que são: lítio, valproato (ácido valpróico, divalporato) e carbamazepina, além dos antipsicóticos típicos, como clorpromazina e haloperidol, e dos atípicos olanzapina e risperidona. É possível que, quando combinados um antipsicótico com lítio ou valproato pode ter maior eficácia e, tratando-se de casos de mania grave, a primeira opção recomendada é a combinação de lítio com um antipsicótico atípico ou valproato com antipsicótico atípico. Há poucos estudos sobre ziprasidona, quetiapina e aripiprazol por serem mais novos.

Quanto aos benzodiazepínicos:

O clonazepam e o lorazepam foram estudados em sete ensaios clínicos controlados, randomizados com placebo, haloperidol e lítio, isoladamente ou associados ao lítio. Metanálise bayesiana de ambos na mania aguda concluiu que, apesar das falhas metodológicas confundindo os resultados, o clonazepam é útil e seguro, mas os dados sobre o lorazepam são inconclusivos. Ao contrário de outros BDZ, o lorazepam é bem absorvido pela via intramuscular, mas, em estudo randomizado placebo-controlado com olanzapina intramuscular, esta última demonstrou maior efeito na agitação maníaca. No geral, os estudos sugerem que o uso combinado de BDZ pode ser útil enquanto se aguarda o efeito terapêutico do tratamento primário (WGBD, 2004 apud MORENO; MORENO ; RATZKE, 2005, p. 45).

A ação do haloperidol foi investigada em ensaios clínicos randomizados controlados com placebo, com a risperidona e a olanzapina, mostrando-se superior ao placebo e semelhante às drogas ativas. Seu uso tem diminuído com o advento dos antipsicóticos atípicos, em virtude dos efeitos adversos extrapiramidais e do risco de causar sintomas depressivos. Atualmente o uso de antipsicóticos típicos está justificado apenas em casos de difícil controle e pelo custo do tratamento. Ademais foi demonstrado que o haloperidol, em episódios maníacos, aumenta o risco de suicídio com a chegada da ressaca moral (MORENO *et al.*, 2004).

O antipsicótico atípico olanzapina é o mais estudado na mania aguda, enquanto terapia isolada ou adjuvante e, semelhante a maioria destes medicamentos, apresenta menos efeitos extrapiramidais e maior risco de ganho de peso, hipercolesterolemia e hiperglicemia. Foi eficaz em dois grandes ensaios randomizados controlados com placebo e em uma série de outros, também randomizados e duplo-cegos, comparados com lítio, divalporato e haloperidol (WGBD, 2004 apud MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Para pacientes que apresentam recaída sintomatológica maníaca na vigência do tratamento, o primeiro passo é o de otimizar a dose, assegurando-se de que os níveis plasmáticos estejam na faixa terapêutica ou, se necessário, usar níveis nos limites superiores destes. Pacientes gravemente doentes ou agitados podem necessitar da associação por curto tempo de algum antipsicótico ou benzodiazepínico. Quando uma medicação de primeira linha (lítio, divalporato, olanzapina) não controla os sintomas, a terapêutica recomendada é a adição de outra medicação de primeira linha. As alternativas seguintes seriam a adição de carbamazepina ou oxcarbazepina, adicionar um antipsicótico caso não tenha sido prescrito, ou trocar de antipsicótico). No caso dos antipsicóticos, a clozapina pode ser particularmente efetiva em casos resistentes a tratamento. Deve-se ter cuidado com a associação de medicamentos por causa da somatória de efeitos colaterais e das interações metabólicas das substâncias (WGBD, 2004 apud MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

A única medicação que se mostrou eficaz nos dois tipos de estudo mencionados acima foi o lítio. Ghaemi *et al.* (2004) revisaram 14 estudos controlados, duplocegos, randomizados com lítio em 541 pacientes. Estudos recentes que utilizaram a técnica de retirada gradual de lítio em 1.010 pacientes também comprovaram a sua eficácia. Artigos mais antigos com lítio foram criticados pelas elevadas taxas de abandono. Geddes *et al.*, (2004), em metanálise, incluíram cinco

estudos controlados duplo-cegos de lítio contra placebo, demonstrando mais uma vez a eficácia do lítio na prevenção de episódios maníacos.

## DISCUSSÃO

A leitura sobre os tratamentos mais indicados foi muito interessante para a minha prática clínica, porém, de pouca aplicabilidade dado que lamotrigina e quetiapina, medicamentos referidos como de primeira escolha e com melhor perfil de efeitos colaterais, são inacessíveis pelo SUS em meu município. A referência ao psiquiatra se faz necessária para que este prescreva a medicação mais específica. Pode ser encontrada a quetiapina via Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE), que exige avaliação e prescrição psiquiátrica, bem como guia trimestral preenchida, justificando a continuidade do medicamento, fator este que é dificultado, pois dada a demanda aumentada por psiquiatras pelo SUS, torna-se necessário agilizar as consultas, e estes medicamentos acabam sendo mais prescritos por profissionais da rede particular.

O carbonato de lítio é acessível, devendo, contudo, a litemia ser monitorada, considerando, principalmente, o paciente que reside sozinho e a possibilidade do suicídio dada a maior toxicidade, o que pode onerar o SUS. Portanto, este paciente usuário do lítio deve ter uma atenção redobrada do especialista, o que nem sempre é possível na atenção básica. Por todas estas questões, prescrevo a carbamazepina, pois, mesmo que seja de terceira escolha, é um medicamento disponível na rede de atenção básica e um ótimo estabilizador do humor, ainda que de menor eficácia no transtorno bipolar do tipo II, portanto, mais marcado pela depressão e hipomania. O divalporato na dose de 750 mg diárias envolve um custo de 120 reais mensais, que, para uma comunidade rural é um custo já bastante alto. A lamotrigina de 50 mg de 12/12 h envolve um custo de 80 reais mensais, porém, para pacientes comumente tolerantes ao benzodiazepínico, pode ser necessário o aumento da dose noturna desse medicamento de maneira a melhorar o sono, o que pode aumentar o custo mensal em muitos casos. A quetiapina de 100mg em dose única noturna diária implica em um custo de 60 reais mensais.

A bupropiona é inacessível via SUS e o seu tratamento mensal envolve um custo de 45 reais mensais. A sertralina só é acessível pela dose de 50mg via SUS e o único antidepressivo disponível em formulação de gotas é a fluoxetina, que é

contraindicada pelo maior risco de virada maníaca. Para estes pacientes, a formulação em gotas para transtorno depressivo bipolar se torna mais interessante, pois a dose pode ser mais bem controlada de maneira a prevenir a virada maníaca, importante fator desencadeante de internação hospitalar.

Assim sendo, sugere-se a inclusão da sertralina com formulação em gotas, pelo fato de reduzir o custo, e disponibilização da formulação de comprimido, apenas para os pacientes com transtorno depressivo unipolar.

## **Atividade 2**

Em meu trabalho, que consistiu na atenção primária em duas unidades de saúde no município de São Cristóvão, primeiro, procurei delinear o perfil populacional socioeconômico para, então, traçar estratégias terapêuticas, visando exercer um trabalho de qualidade. No tocante à saúde mental, sempre me apoiiei, sobretudo, em literatura proveniente da Associação Brasileira de Psiquiatria e do livro Psiquiatria para o Médico Generalista, do autor Carlos Gustavo Mansur, publicado pela editora ARTMED, em 2010.

Em puericultura, apoiiei-me nos Cadernos de Atenção Básica para orientar dieta de acordo com perfil dietético da família brasileira. Utilizei, também, as curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS), de bastante utilidade para registro, ao menos no prontuário, quando houve um esquecimento por parte dos genitores de levar o cartão vacinal. Muito útil e objetivo também foi o livro Pediatria Ambulatorial, lançado pela Editora Medbook, em 2007, escrito por profissionais de diferentes subespecialidades pediátricas do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, referência em Pediatria e Ginecologia em Pernambuco e no Nordeste. Este livro aborda sinais e sintomas com foco objetivo em diagnóstico diferencial, assim como síndromes com texto sucinto e abordagem terapêutica acurada e atualizada conforme a realidade, já que a demanda por clínica pediátrica se faz muito presente na UBS. Temas como Asma, Rinite Alérgica, Dermatite Atópica, Helmintíases e Ectoparasitoses são sempre em demanda de um conhecimento sólido e resolutivo por parte do profissional da UBS e este livro foi de grande ajuda.

A literatura utilizada para a condução do pré-natal nas unidades em que laborei foi o Caderno de Atenção Básica, assim como o Manual Técnico para Gestação de

Alto Risco, ambos do Ministério da Saúde e. O último, apesar de não ser o foco da UBS, fornece melhor esclarecimentos acerca de sinais e sintomas de risco para levantar suspeita sobre gestação de risco, Pré-Eclâmpsia, causas de Crescimento Intrauterino Restrito, manejo de Diabetes Gestacional. Demanda corriqueira nesse subgrupo é o tratamento de Vulvovaginites e Infecção Urinária, que são causas comuns de Parto Prematuro, cujo domínio desses temas se faz essencial justamente por esta razão. Outro livro de utilidade indubitável para consulta *in loco* não momento do pré-natal é “Medicamentos na Gravidez e Lactação: Guia Prático”, da Editora Manole. O meu exemplar é de 2009, a segunda edição.

É de conhecimento geral que infecção urinária e vulvovaginites podem acarretar em indução de parto prematuro. Gestante ABPS, de 26 anos, G3, P2, A0, chega com queixa de disúria, polaciúria há seis dias. Refere ter história de ITU nas gestações prévias, com utilização de Cefalexina, com sucesso terapêutico. Por solicitação da enfermeira, examinei a paciente para saber se ela estava com sinais de gravidade, solicitei à técnica em enfermagem a aferição de temperatura, fiz anamnese direcionada e procurei sinal de Giordano, que resultou negativo e estava afebril. Orientei sobre a ingestão hídrica de 2 litros ao dia e a não reprimir o desejo de urinar assim como atendê-lo prontamente (FRANCO, 2005). Orientei também a sempre urinar após o coito (REID, 1999). Já desconfiando de que a prescrição de Cefalexina teria eficácia limitada pelo uso prévio desta medicação e com o conhecimento literário que a *Escherichia coli* é o patógeno mais comum em resultados de urocultura com antibiograma (responsável por entre 70-85% da casuística), relutei em prescrever a Cefalexina a pedido da enfermeira (WAGENLEHNER; NABER, 2006; RAHN, 2008). Fi-lo apenas por muita insistência da colega de trabalho, mas solicitei que a paciente se submetesse ao sumário de urina e à urocultura com antibiograma, antes de tomar a primeira dose do antibiótico, e que o fizesse o mais rápido.

A enfermeira claramente não entendeu a minha conduta; a gestante tinha uma relação de maior confiança com a colega do PSF e, sobre a falta de consenso demonstrada no momento da conduta, a paciente tomou o antibiótico sem seguir a orientação de fazer os exames primeiro, talvez motivada também pela hipossuficiência financeira, que é comum à população usuária do SUS. Expliquei, posteriormente e em privado, à enfermeira, que as bactérias causadoras de ITU são integrantes da microbiota intestinal e que qualquer medicamento ingerido, seja para ITU ou não, seleciona as bactérias insensíveis a estes fármacos ingeridos previamente, o que faz

com que seja incomum que a resposta terapêutica ao mesmo fármaco se dê prontamente em um segundo tratamento. Ainda sem entender, expliquei que as bactérias do intestino que causam infecção urinária têm uma memória dos remédios que já foram usados e elas podem já se defender daqueles antibióticos se forem expostas a eles novamente.

Duas semanas depois, a então gestante ABPS retornou à USF afirmando que os sintomas não melhoraram; não tinha o resultado de urocultura, encontrava-se afebril e sem estar em uso de antipiréticos, aparecendo, porém, com Giordano +. Obrigou-me a tomar outra conduta empírica. Disse-lhe que ela talvez precisasse de uma internação, mas a mesma me pediu outra receita para tentar, pois não queria ser internada. Registrei isto no prontuário e refleti sobre o que prescreveria para ela naquele momento. Pesquisei um artigo (FIGUEIRÓ-FILHO; BISPO; VASCONCELOS, 2009) sobre antibióticos indicados para ITU na gestação, com uma lista dos principais antibióticos e suas contraindicações ou indicações. Surgiu como proposta terapêutica a amoxicilina-clavulanato. Medicação que está na lista do município, porém, ao olhar a validade dos exemplares presentes na UBS, estavam expirados. Prescrevi a dosagem de 875 + 125 mg com duas doses diárias de 12/12 horas por 7 dias. Reiterei as medidas coadjuvantes de tratamento/profilaxia de ITU. Em retorno com dez dias, a paciente relata a enfermeira boa evolução e traz resultado de urocultura negativa e sumário de urina fisiológico.

### Atividade 3

Para os casos de visita domiciliar, solicitei que a Direção da USF definisse dois grupos, de maneira a colocar os pacientes por maior proximidade geográfica, para facilitar o deslocamento. Tudo ocorreu bem no primeiro grupo de visitas, mas, no segundo grupo ela solicitou que fôssemos visitar alguns casos a parte. O entrave decorrente foi o fato de que os responsáveis não avisaram aos pacientes domiciliares predeterminados pela Direção. Além disso, houve aumento no número de atendimentos, vez que outras consultas foram somadas ao agendamento, que era para 30 consultas.

A visita domiciliar é um momento em que, os doentes com diversas comorbidades são avaliados no tocante à polifarmácia, à evolução de úlcera de membro inferior, ao pé diabético, às varizes, à insuficiência cardíaca, à hipertensão e não raramente à saúde mental, ocasionada pelo encerramento destes a seus domicílios. Também é muito comum ter que avaliar síndromes demenciais neste contexto. Solicitei, então, que fossem agendadas de 2 visitas que tomariam o dia inteiro, o que culminou com o problema de agendamento de carro com a gestão. Mesmo assim, consegui me articular diretamente com o motorista.

A situação se regularizou quando fui transferido para outra equipe. Separou-se um dia à tarde e quinzenalmente, para fazer as visitas domiciliares, muito embora, dado o aumento da demanda de consultas, o cumprimento de todas as visitas domiciliares foi dificultado.

A visita de puérperas e de deficientes pediátricos, por desejo da enfermeira, por serem visitas mais rápidas, continuaram sendo feitas sem maiores prejuízos. Mas, ainda devo avaliar a maioria dos casos de visitas domiciliares pendentes, majoritariamente pelo segmento populacional de idosos, o que vai demorar um tempo principalmente porque na primeira consulta devo conhecer os seus problemas, diagnósticos e estadiamentos, e isso demanda muito tempo. As visitas domiciliares são bastante interessantes, pois posso conhecer melhor como o paciente se alimenta, em que local ele vive, a sua interação familiar. Todo este aporte de informações faz com que sejam traçadas estratégias mais eficazes de tratamento. Obviamente que todo este contexto melhorou bastante no momento em que a supervisora do município me acompanhou para as visitas; isto foi bastante produtivo porque enriqueceu a minha

expertise para tais situações, como também me colocou a par sobre questões centrais, como a importância da mobilidade para a população idosa.

#### **Atividade 4**

De maneira geral, esta experiência no PMMB foi riquíssima, no sentido pessoal e, principalmente, profissional. No curso da faculdade sabemos da importância de se relacionar com a equipe multidisciplinar, mas, na prática, é consideravelmente desafiador.

Minha primeira experiência laboral foi satisfatória pelo fato de que a demanda principal da minha parte era a de exercer clínica médica e saúde mental na Unidade. Eu não fui encarregado das demandas de pré-natal, visitas domiciliares e pediatria, que eram levadas pela médica concursada do Posto. Todavia, passado algum tempo, comecei a atender todas as áreas da UBS e fui encarregado das consultas de pré-natal. Porém, a minha maturidade no manejo do pré-natal veio a ocorrer plenamente no PMMB. Foi um processo demorado, que requereu muito estudo e boa revisão, já que em minha faculdade não lidei muito bem com a pressão de fazer parto.

No manejo da saúde mental, em Aracaju me atinha apenas ao manejo de questões depressivo-ansiosas e, quanto ao restante, era apenas renovação de receita.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 Perfil Socioeconômico da Área Adscrita**

Na minha primeira unidade, marcada majoritariamente por trabalhadores de baixa renda, vi de perto a realidade de doenças laborais a exemplo de bursites, lombalgias, radiculopatias lombares associadas aos movimentos repetitivos, síndrome do túnel carpal. A população adscrita continha muitos trabalhadores rurais, costureiras, faxineiras. Eram pacientes com queixas bem específicas e exames físicos bem sugestivos.

A conduta era a solicitação de exames complementares, a exemplo de ultrassonografias e radiografias, e quando o caso representava limitação laboral ou culminava em algias importantes, eram solicitados posteriormente exames complementares mais complexos, a exemplo de ressonância e tomografia, mediante APAC. Muitos pacientes solicitavam meu auxílio para se “encostar”, porém o meu auxílio consistia exclusivamente no exame físico, nos relatórios e solicitação de exames para esclarecer o grau da lesão e sua incapacidade. Tive uma pequena experiência anterior como perito do Tribunal Regional do Trabalho e aprendi manobras neuro-ortopédicas essenciais ao delineamento dos casos e a descrição pertinente aos casos nos relatórios enviados a colegas médicos do trabalho e às perícias do INSS. Para preenchimento de papéis específicos, tipo CAT e ASO, solicitava que o paciente procurasse o médico do trabalho.

#### **3.2 Caracterização da Amostragem**

Preencheram os critérios de síndromes dolorosas de intensidade moderada a grave foram os incluídos na pesquisa 15 pacientes. Quanto à idade, cinco tinham menos de 40 anos. Apenas três pacientes foram alocados na faixa etária entre 40 e 60 anos e 7 foram alocados na faixa etária acima de 60 anos. Quanto ao diagnóstico, a maioria (9 pacientes) padecem de afecções do sistema musculoesquelético, de acordo com o que fora delineado pelo perfil populacional. Neste grupo, de maiores de 60 anos, preponderaram as afecções da coluna dorsal, a saber: radiculopatias cervical e lombar, com 2 casos de cervicobraquialgia e 4 casos de Lombociatalgia. Os casos

restantes de doenças musculoesqueléticas foram: 1 de osteoartrose de quadril, que portava concomitantemente Trigeminalgia. Houve um caso de Síndrome do Túnel Carpal, de origem ocupacional, alocado na faixa entre 40 e 60 anos. Outro caso de lesão nervosa que foi detectado na unidade foi de lesão do nervo radial, alocado na faixa de menores de 40 anos, ocasionado por trauma. Somente 1 paciente padecia de Artrite Reumatoide, alocado no grupo de maiores de 60. Houve também 5 pacientes com diagnóstico de Síndrome de Impacto do Ombro, alocados principalmente nas faixas etárias de menos de 60 anos.

Cumpramos ressaltar que houve uma grande quantidade de casos (60), cuja avaliação clínica sugeriu fibromialgia. Por ser uma doença de tratamento facilitado pelo uso de antidepressivos disponíveis na atenção básica, tal etiologia foi excluída dos resultados finais, apesar de ser caracterizada por dor crônica. Ainda foram excluídas as casuísticas com suspeição clínica de osteoporose, que foram difíceis de confirmar dada a dificuldade em se obter a densitometria óssea. Outro caso foi excluído da amostragem, pois também não se obteve confirmação diagnóstica e não foi seguido, dado que houve mudança de unidade após o término do mês de março, que foi um caso de dor predominantemente nociceptiva de provável etiologia oncológica (caso suspeito de câncer de mama).

Quanto aos tipos de dor encontrados na UBS, foram categorizados de acordo com o seu diagnóstico. Por exemplo: a dor nociceptiva é classificada como aquela dor que é encontrada em casos de lesão tecidual que não implique em lesão neural. Este diagnóstico de dor nociceptiva pura é mais difícil em dor crônica e deve ser encontrado majoritariamente em casos de etiologia oncológica, fratura óssea ou osteoartrite avançada, por exemplo. Porém em casos oncológicos ou ainda de doenças como lombalgia e cervicalgia com radiculopatias pode haver uma dor mista, com características neuropáticas, aquela dor causada pelo componente de lesão neural e, nociceptiva, como já mencionado.

Pode também haver uma dor neuropática pura, como é o caso da Neuropatia Diabética e da Síndrome do Túnel Carpal e Tarsal, assim como as diversas lesões de nervos de extremidade como radial, ulnar, fibular e tibial. De acordo com estas caracterizações, 8 pacientes do estudo padeciam de dor neuropática, dentre estes 6 apresentaram dor mista. Os outros 7 pacientes apresentavam dor com características puramente nociceptivas.

### **3.3 Viabilidade Quanto à Continuidade das Prescrições de Medicamentos de Dor**

Apenas 3 pacientes da amostragem puderam utilizar prescrição considerada padrão-ouro para dor nociceptiva e neuropática, a saber, respectivamente tramadol e pregabalina. Os demais, em sua maioria com hipossuficiência financeira visível, não receberam a prescrição de tais medicações, muito embora o quadro clínico caracterizado por exames físicos e de imagem, tornasse necessária, em alguns casos, a prescrição de tais medicações. Nestas situações foram prescritas, a depender da avaliação de caso a caso, a ciclobenzaprina, a amitriptilina e anti-inflamatórios e analgésicos simples como dipirona e tenoxicam.

### **3.4 Viabilidade na Obtenção de Consultas com Especialistas e Sessões de Fisioterapia pelo SUS**

Foram solicitadas consultas com especialistas, a saber, fisioterapeuta, neurologista, clínico de dor ou algologista e ortopedista. Em 5 casos foi lograda a consulta com ortopedista dos 13 que foram solicitados num período de acompanhamento de 6 meses. Não foram conseguidas consultas com os demais especialistas. Uma consulta com ortopedista foi feita com recursos próprios de um paciente da amostragem. Quanto às sessões de fisioterapia, foram solicitadas 14, e apenas 6 foram conseguidas mediante o SUS. A única consulta solicitada para a reumatologia não foi lograda via SUS.

### **3.5 Viabilidade na Obtenção de Exames de Imagem Simples e Complexos Pelo SUS**

Foram solicitadas cinco ressonâncias magnéticas mediante APAC. Três foram realizadas num período de seis meses. Os pacientes conseguiam por próprios recursos as radiografias necessárias para a solicitação da APAC. Todas as APACs foram solicitadas com as descrições minuciosas dos casos, como é solicitado pela Secretaria de Saúde Municipal e órgãos estaduais competentes, com descrição de laudo do exame radiográfico e um relatório detalhado do exame físico, de maneira a facilitar a obtenção do exame com celeridade. Nenhuma ultrassonografia foi feita mediante o SUS.

#### 4. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na faculdade, não tive oportunidade para anamnese p siquiátrica, de modo que aprendi na prática profissional, com o apoio de muita leitura. Inicialmente, aprendi a tratar sintomas para, depois, lograr confiança no diagnóstico e conhecer os principais efeitos colaterais das medicações utilizadas. Meu aprimoramento profissional deu-se, também, no manejo de prescrição de anticoncepcionais orais e suas respectivas contraindicações, indicações e seus efeitos colaterais, estes, através das próprias mulheres.

Avaliação de mamografias, exames de citologia e colposcopia e prescrição de cremes vaginais diversos também foi um grande aprendizado, quando pratiquei o que aprendi durante o Curso de Medicina. Em população de baixa renda, há muitos desafios ter apêuticos a serem enfrentados no tratamento de suas crises álgicas: a dificuldade de se conseguir uma consulta com médicos especialistas chave em seu tratamento (ortopedia, neurologia, reumatologia, clínica de dor); a dificuldade de se submeter a fisioterapia e a dificuldade em obter auxílio-doença do INSS.

Ressalte-se, ainda, o custo envolvido numa injeção de corticoide intra-articular, como no caso de Síndromes de Impacto do Ombro e procedimentos anestésicos de bloqueio neural na coluna no caso de radiculopatias, ou ainda uma descompressão da raiz nervosa no caso de Síndrome d o Túnel Carpal, cirurgias e procedimentos muitas vezes não obtidos com a celeridade necessária.

Outra dificuldade experimentada comumente pelos usuários do SUS reside na aquisição de fármacos necessários. AINES, a exemplo do Tenoxicam e do Torsilax e seus similares são comumente prescritos dentro do contexto socioeconômico dos usuários do SUS. São medicamentos que, apesar de toda a orientação para serem usados em casos de reagudização da síndrome dolorosa, são usados diariamente por alguns pacientes, com todas as suas implicações envolvidas. São medicamentos muito populares, dado que apresentam custo, em sua maioria, baixo a moderado, adequado para a clientela majoritária do SUS.

As únicas ferramentas, embora não prontamente dispo níveis, devido à significativa demanda, são sessões de fisioterapia. Andadores, muletas e cadeira-de-rodas são outros materiais requisitados por este segmento de pacientes, cujas síndromes álgicas são especialmente causadas por sua locomoção, a exemplo de

osteoartrite de quadril ou, ainda, deformidades ósseas no quadril. Esses tratamentos e outros suportes são imprescindíveis na amenização da síndrome álgica e na prevenção do agravamento de seus quadros patológicos de base.

## REFERÊNCIAS

ABREU, L.N. *et al.* Ideação suicida e tentativas de suicídio no transtorno afetivo bipolar tipo I: uma atualização para o clínico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 31, n.3, p. 271-280, 2009.

CALABRESE, J.R.; HUFFMAN, R.F.; WHITE, R.L. Lamotrigine in the acute treatment of bipolar depression: results of five double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Bipolar disorders*, v. 10, n. 2, p. 323-333, 2008.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; BISPO, A.M.B.; VASCONCELOS, M .M. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. *Femina*, v. 37, n. 3, p. 165-171, 2009.

FRANCO, A.V. Recurrent urinary tract infections. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, v. 19, n. 6 p. 861-73, 2005.

FRYE, M.A.; KETTER, T.A.; KIMBRELL, T.A. A PlaceboControlled Study of Lamotrigine and Gabapentin Monotherapy in Refractory Mood Disorders. *J Clin Psychopharmacol*, v. 20, n. 6, p. 607-614, 2000.

GEDDES, J.R.; CALABRESE, J.R.; GOODWIN, G.M. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *Br J Psychiatry.*, v. 149, n. 1, p. 4-9, 2009.

GHAEMI, S.N *et al.* Antidepressant discontinuation in bipolar depression: a Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) randomized clinical trial of long-term effectiveness and safety. *J Clin Psychiatry.*, v. 71, n. 4, p. 372-80, 2010.

GHAEMI, S.N.; PARDO, T.B.; HSU, D.J. Strategies for Preventing Recurrence of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry.*, v. 65 (Suppl 10), p. 16-23, 2004. GOODWIN, F.; JAMISON, K.R. Maniac-depressive illness. Bipolar disorder and recurrent depression. 2. ed. Oxford, 2007.

JUDD-LEWIS, L.; AKISKAL-HAGOP, S. The Prevalence and Disability of Bipolar Spectrum Disorders in the USA Population: Re-Analysis of the ECA Database Taking into Account Subthreshold Cases. *J Affect Disord.*, v. 73, n. 1-2, p. 123-131, 2003.

MALHI, G.S. *et al.* Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, v. 439, p. 27-46, 2009.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto.

Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar.

*Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 39-48, 2005.

MORENO, R.A. *et al.* Anticonvulsivantes e Antipsicóticos no Tratamento do Transtorno Bipolar. Rev Brasil Psiquiatria, v. 26 (Supl III), p. 37-43, 2004.

POST, R.; DENICOFF, K.; LEVERICH, G. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. J Clin Psychiatry., v. 64, n. 6, p. 680-690, 2003.

RAHN, D.D. Urinary tract infections: contemporary management. Urol Nurs, v. 28, n. 5, p. 333-41, 2008.

REID, G. Potential preventive strategies and therapies in urinary tract infection. World J Urol, v. 17, n. 6, p. 359-63, 1999.

ROSO, M.C.; MORENO, R.A.; COSTA, S.E.M. Intervenção psicoeducacional nos transtornos do humor: a experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 27, n., 2, p. 136-167, Jun., 2005. P. 165.

TAMADA, R.S. *et al.* Treatment emergent affective switch: a controlled study. Bipolar Disord., v. 6, n. 4, p. 333-337, 2004.

WAGENLEHNER, F.M.E.; NABER, K.G. Treatment of Bacterial Urinary Tract Infections: Presence and Future. Review - Infections. Eur Urol, v. 49, n. 2, p. 235-44, 2006.

WORK GROUP ON BIPOLAR DISORDER. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. In: American Psychiatric Association (Eds.). Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2004. American Psychiatric Association, Arlington, Virginia, p. 525-612, 2004.

YATHAM, L.N. A clinical review of aripiprazole in bipolar depression and maintenance therapy of bipolar disorder. J Affect Disord., v. 128 (Suppl 1:S21-8), Jan, 2011.

YATHAM, L.N. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disord, v. 7, n. 3, p. 5-69, 2005.

YATHAM, L.N. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord., v. 11, n. 3, p. 225- 55, 2009.

YATHAM, L.N. Newer Anticonvulsants in the Treatment of Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry, v. 65 (Suppl 10), p. 28- 35, 2004.

ZORNBERG, G.L.; POPE, H.G. Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. J Clin Psychopharmacology, v. 13, n. 6, p. 397-408, 1993.

## **ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**JOSÉ DE CARVALHO NETO**

**MANEJO DA DOR CRÔNICA EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE  
SÃO CRISTÓVÃO-SE**

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**

## 1. INTRODUÇÃO

Os seres humanos necessitam da dor, cuja função é alertar sobre a existência de algum problema, sendo o quinto sinal vital, depois da temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. No passado recente, até a década de 1980, havia dificuldade em caracterizar esse fenômeno. Esse alerta acontece quando o corpo capta estímulos danosos às suas estruturas, por meio de nociceptores, que são neurônios especializados na função sensorial, ou seja, carregam estímulo do organismo para o cérebro.

No entanto, a dor pode estar presente sem, necessariamente, haver o estímulo nocivo (BUSHNELL; APKARIAN, 2005), a exemplo das patologias como fibromialgia e neuralgia trigeminal. Nestas afecções, ocorre uma hiper-sensibilização ao estímulo sensorial que, normalmente, não provocaria a dor, mas, nestas doenças provoca, fenômeno este conhecido por alodínia e hiperalgesia. Desse modo, esses receptores podem detectar estímulos químicos – ardência causada por um medicamento em um corte –, térmicos – p. ex.: queimaduras – e mecânicos – como pancadas.

Tais detecções pelos nociceptores transformam-se em impulsos elétricos que, por sua vez, são carregadas até o cérebro, mais precisamente para o córtex somatossensorial. A partir dos anos 90, surgiram estudos capitaneados pela International Association for the Study of Pain (IASP), que promoveu, a passos largos, o desenvolvimento da terapêutica da dor, a partir da classificação desta, o que ajudou, sobremaneira, a melhorar a perspectiva de sucesso no seu tratamento (CARACENI; WEINSTEIN, 2001).

No caso da dor crônica, específica no presente projeto interventivo, cabe tomar a analogia disponível no site “Singular Centro de Controle da Dor”, segundo a qual o organismo é comparado a um sistema de alarme, sendo a dor o alarme que avisa a existência de um problema, conforme já mencionado. Porém, se o alarme é ativado sem que haja alguém por perto, significa que perdeu sua função. A dor figura, nesta perspectiva, como uma complicação de um diagnóstico prévio que causa dor, pois, neste contexto, ocorre uma modulação dos estímulos dolorosos no tálamo e no córtex somatossensorial, o que produz um efeito de magnificação do estímulo doloroso.

A área em que se situam as UBSs onde são atendidos pacientes que apresentam dor crônica é constituída de nove povoados, a saber: Cardoso e Feijão-Cajueiro (conurbados), Nova Conquista, Timbós da Barragem e do Presídio,

Assentamento, Tabua e São Luís. Esses povoados localizam-se à BR-101, em São Cristóvão – município sergipano, zona rural. A população é majoritariamente composta por pessoas de baixa renda e baixa escolaridade. É uma área de pessoas totalmente dependentes do SUS.

A dor pode levar a grande prejuízo na qualidade de vida, resultando em limitações físicas e funcionais, impactando na vida social, no trabalho e no bem-estar pessoal. Assim sendo, o problema relacionado ao presente projeto, consiste na dificuldade de aquisição de medicamento (s) para o alívio da dor crônica. A escolha pelo tema deve-se ao fato de que o pesquisador se interessa em apontar o quanto é desafiador para pacientes, em termos financeiros, o tratamento da dor crônica, de modo que, por intermédio de intervenção projetada seja possível conscientizar autoridades a mitigar o sofrimento de pessoas com tal acometimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Melhorar o manejo da dor crônica, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) Manoel Juvino Cardoso e Maria de Lourdes Alves Feijão, em São Cristóvão, município de Sergipe.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Selecionar os pacientes com dor crônica grave, nas UBSs referidas.
- Monitorar os pacientes com dor crônica grave, da área descrita, empregando o Douleur Neuropathique em 4 Questions (DN4) (ANEXO 1).
- Reorganizar o tratamento destinado à dor crônica, nas UBSs em questão.
- Analisar a viabilidade do tratamento, observando as condições econômicas do paciente.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Dor é definida como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal dano” (PIMENTA, 1999, p. 11). Este conceito reflete mudanças nucleares na concepção da dor, absorve o visível e o invisível impostos pela dor, notadamente, a dor crônica.

A dor crônica é um importante problema de saúde pública contemporâneo (ELIOT et al., 1999; BLYTH et al., 2001), assim como a crescente demanda por serviços de saúde e recursos tecnológicos para a abordagem das diversas dimensões envolvidas na incapacidade e sofrimento resultantes (COHEN, CAMPBELL, 1996). Ao lado disso, lidar com o cuidado da pessoa com dor crônica tem representado um grande desafio para os profissionais de saúde (MORRIS, 1996; JACKSON, 1994).

O sistema sensorial e o emocional são afetados, refletindo em grande ansiedade ao paciente que sente qualquer tipo de dor, cujo tratamento pode ser desafiador para o médico assistente, o qual precisa de tempo para os pacientes que se estiverem abalados emocionalmente (FAUCI et al., 2008).

Outro importante aspecto é a inexistência de exames laboratoriais ou testes objetivos na avaliação da dor, de modo que depende, não raramente, do relato do paciente, sendo, portanto, uma avaliação eminentemente subjetiva (MONTINI; NEMAN, 2012). Desse modo, “as consequências biopsicossociais da dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e tratamento” (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007, p. 1152).

A dor pode ser entendida a partir do entendimento de nocicepção, que consiste no processo da transmissão e da decodificação do estímulo nervoso, cujo resultado pode acarretar em dor (LOESER; TREEDE, 2008). Todavia, não obstante seja a causa da dor, não é sinônimo de dor, cuja manifestação tem como gatilho a ativação cortical, particularmente, do giro pós-central, essencial para a experiência da dor. Contudo, a dor pode ser ocorrer sem a nocicepção (BUSHNELL; APKARIAN, 2005).

A nocicepção abrange um grande espectro de neurotransmissores, cada um dos quais influencia alguma característica da dor. As fibras amielínicas C contêm substância P, responsável pela proporção ao estímulo nociceptivo, essencial para a experiência de dor intensa, mediada pela estimulação dos cornos dorsais da medula

espinhal e do núcleo espinhal trigeminal (BARBER et al., 1979). A substância P é liberada pelos neurônios aferentes sensitivos excitados por estímulos nociceptivos (LERMA et al., 1997).

Sabe-se que a dor é uma sensação carregada por fibras nervosas de pequeno diâmetro, pouco mielinizadas A $\delta$  ou amielínicas C. As fibras A $\delta$  carregam o estímulo mais rapidamente, por serem fibras mielínicas, sendo, portanto, responsáveis pela dor aguda e intensa inicial. Já as fibras amielínicas C carregam o estímulo mais lentamente, o que ocasiona uma sensação de dor mais prolongada, mais difusa, com sensação semelhante à de queimação. Estas fibras estimulam diferentes lâminas da substância negra, i.e., as mensagens que cada tipo de fibra carrega são mantidas separadas em seus trajetos até o sistema nervoso central (MOURAUX et al., 2004).

A sensibilização central é um dos fenômenos que ocorre quando neurônios aferentes são estimulados de forma intensa e repetida. É caracterizada por diminuição do limiar de dor e ampliação dos campos receptores dos neurônios aferentes de primeira ordem (KENSHALO JR. et al., 1979).

A estimulação nociceptiva é bifásica. Ocorre uma estimulação inicial rápida e intensa, denominada de fase fásica, que dura por 5 minutos, carregada pelas fibras A $\delta$  estimuladas pelos aminoácidos excitatórios l-glutamato e l-aspartato, e uma estimulação tardia com dor moderada que dura de 20 a 60 minutos, carregada pelas fibras amielínicas C, denominada de fase tônica ou tardia nos testes nociceptivos com formalina em ratos (WHEELER-ACETO et al., 1990). A dor somática ocorre quando os tecidos moles e estruturas não neurais e não viscerais são lesionadas, a exemplo de ossos, músculos, pele e articulações. Geralmente, a dor é bem localizada e descrita pelo paciente como dor aguda e latejante.

A dor visceral ocorre quando há lesão ou distensão de órgãos torácicos, abdominais ou pélvicos, consistindo em uma dor tipicamente vaga e temporalmente mais sustentada. A dor é difícil de localizar e o paciente comumente refere esta dor em regiões onde se espera a dor somática. A dor visceral ocorre quando da obstrução de vísceras ocas, distensão de serosas ou de cápsulas de órgãos sólidos a exemplo do pâncreas e do fígado. Pode ocorrer também a distensão do mesentério (GEBHART, 1995). A dor neuropática pode ser caracterizada por dor que aparece por consequência de uma lesão ou doença que afeta o sistema nervoso somatossensorial (JENSEN et al., 2011). Foi elaborada uma classificação da dor neuropática que incluiu quatro critérios:

- Critério 1: Dor com uma distribuição anatômica-dermatômica distinta.
- Critério 2: História de lesão ou doença que afeta o sistema nervoso somatossensorial.
- Critério 3: Testes de sensibilidade cutânea que confirmam a presença de fenômenos sensoriais negativos ou positivos na zona da estrutura nervosa que foi lesionada.
- Critério 4: Testes diagnósticos confirmatórios com ressonância magnética ou tomografia computadorizada da lesão ou doença subjacente à dor neuropática.

A presença da combinação dos critérios 1 e 2 indicam possível dor neuropática. A presença dos critérios 3 e 4 conjugados diagnostica, com segurança, a dor neuropática. Este escore foi denominado de NeuPSIG. Entre os fenômenos sensoriais supracitados estão hipoestesia e hiperalgesia em um dermatomo, caracterizados como negativos. Os fenômenos sensoriais positivos são alodínia e hiperalgesia (TREEDE et al., 2008). É senso comum de que a dor neuropática responde menos a opioides (MCQUAY et al., 1992), havendo, portanto, uma necessidade premente de complemento da terapia medicamentosa para dor, com a inclusão de anti-epilépticos, antidepressivos e antiarrítmicos (CHONG; BAJWA, 2003).

Alguns advogam que a dor neuropática provoca anomalias na transmissão nervosa dos estímulos. Porém, esta definição aplica-se apenas a uma subclassificação específica da dor neuropática, que é a desafferentação por lesão nervosa (TASKER, 1987). Esta subclasse manifesta-se clinicamente por hipoestesia. Ocorrem também mudanças complexas no sistema nervoso central e periférico, quando da desafferentação. Foi comprovada a suprarregulação de canais de sódio nos axônios danificados e na respectiva raiz dorsal da medula (ENGLAND et al., 1996).

A desafferentação ocasiona uma ação ectópica nos axônios lesionados, com uma diminuição do limiar de estimulação nociceptiva na membrana axonal. A sensibilização central é mediada por liberação de aminoácidos excitatórios como glutamato, e neuropeptídeos como substância P e neuroquinina A, pelas fibras axonais lesionadas. Estes neurotransmissores provocam um aumento no cálcio intracelular e uma suprarregulação dos receptores NMDA. Estas alterações ocorrem posteriormente e se manifestam através de outros sintomas como hiperalgesia e

alodínia (BEYDOUN; BACKONJA, 2003). Outros fármacos, que também agem em receptores GABA , são gabapentina e pregabalina, que comprovadamente agem como anti-hiperalgésicos e são utilizados para tratar dor neuropática (ROSE; KAM, 2002). Outras possíveis medicações indicadas para tratamento de dor neuropática seriam antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e nortriptilina, e anticonvulsivantes, como lamotrigina e carbamazepina (SCHESTATSKY, 2008).

Importa ressaltar que nem todos os pacientes com dor neuropática têm recursos financeiros suficientes que garantam o tratamento medicamentoso, haja vista o custo de alguns desses. Nesse sentido, cada caixa de Tramadol de 50 mg (considerando-se a prescrição de 12 em 12 horas), acarreta em um custo mensal que pode variar de R\$ 115,20 (cento e quinze reais e vinte centavos) a R\$ 261,78 (duzentos e sessenta e um reais e setenta e oito centavos), a depender do laboratório que a produz. Para a mesma posologia, o Tramadol de 100 mg, com 20 comprimidos, pode custar de R\$ 475,98 (quatrocentos e setenta e cinco reais e oitenta e dois centavos) a R\$ 608,46 (duzentos e dois reais e oitenta e dois centavos).

Já a Pregabalina de 75 mg, tomada única, gera um custo que varia em torno de R\$ 50,46 (cinquenta reais e quarenta e seis centavos) a R\$ R\$ 132,11 (cento e trinta e dois reais e onze centavos) e a de 150 mg (mesma posologia), cujos preços podem variar de R\$ 72,39 (setenta e dois reais e trinta e nove centavos) até R\$ 133,70 (cento e trinta e três reais e setenta centavos). Outro fármaco é a Carbamazepina de 200 mg (prescrito para três vezes ao dia e embalagem com vinte comprimidos) pode gerar um custo de R\$ 10,08 (dez reais e oito centavos) até R\$ 59,40 (cinquenta e nove reais e quarenta centavos).

## **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo clínico intervencional, a partir da prática na Atenção Básica, nas UBSs Manoel Juvino Cardoso e Maria de Lourdes Alves Feijão, em São Cristóvão, município de Sergipe, voltado para a melhoria do manejo da dor crônica.

### **4.1 PACTUAÇÃO DAS AÇÕES**

O projeto será apresentado e explicado às equipes das UBSs, na última quinzena de dezembro, quando serão esclarecidas todas as etapas de trabalho e solicitada a participação de todos, principalmente na detecção de casos da dor crônica nas comunidades em questão.

### **4.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Serão agendados quatro pacientes de primeira consulta para completa avaliação, mediante anamnese e exame físico. Caso não haja primeiras consultas suficientes, podem ser agendadas duas consultas de reavaliação por hora.

### **4.3 EXECUÇÃO DAS AÇÕES**

Na segunda quinzena do mês de janeiro de 2017, serão realizadas consultas específicas para os casos de dor crônica, no período vespertino, todas as terças-feiras, quando, a cada hora, um paciente será atendido, de modo a explorar as queixas o máximo possível. Este expediente descrito é o de primeira consulta. Na primeira consulta, serão executados anamnese e exame físico completo (através da exploração de todos os dermatômos) (Anexo I), bem como serão aplicados a Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo II) e o Questionário DN4 (Anexo III) para verificar a presença de dor neuropática.

Ainda nesta ocasião, serão levantadas hipóteses diagnósticas da etiologia da dor e solicitados exames laboratoriais e de imagem, a depender da necessidade, assim como será introduzido o primeiro esquema terapêutico medicamentoso e emitido o encaminhamento ao especialista médico e/ou fisioterapeuta. Nas consultas subsequentes, será avaliada a resposta ao esquema terapêutico, assim como o

registro da obtenção da(s ) consulta(s) com o especialista, avaliação dos exames laboratoriais e de imagem, e solicitação de contra-referência do especialista.

#### 4.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoramento das ações através da reavaliação quinzenal do paciente, quanto à resposta ao tratamento. Não é proposto aqui um estudo de significância científica da amostragem dado que este estudo envolve vários diagnósticos. O estudo foi designado em termos unicamente descritivos.

### 5. CRONOGRAMA

<b>AÇÕES</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>
Apresentação da proposta à equipe de saúde.				
Promoção do ambulatório de dor nas UBSs no turno vespertino, nas terças-feiras.				
Reavaliação do tratamento dos pacientes com dor crônica grave.				
Monitoramento dos pacientes com dor crônica grave.				
Análise a viabilidade do tratamento farmacoterápico e da obtenção de consultas com especialistas.				
Avaliação do Projeto.				

### 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

#### 6.1 RECURSOS HUMANOS

A intervenção incluirá um médico, um enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde.

## 6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para a realização das consultas.
- Requisição para exames laboratoriais e de imagem.
- Martelo para aferição de reflexos.
- Alfinete de ponta romba.
- Pincel para exame dos dermatômos ( brushing).
- Folhas, por paciente, com os gráficos dos dermatômos e os questionários DN4.

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Almeja-se, a partir da concretização da intervenção proposta, mitigar o sofrimento dos pacientes com dor crônica, assim como a conscientização dos profissionais que atuam nas UBSs Manoel Juvino Cardoso e Maria de Lourdes Alves Feijão, no município de São Cristóvão-Sergipe.

A dor crônica acomete uma população majoritariamente idosa e pode haver uma questão cultural de que o idoso sempre apresentará dor e que este deve se resignar. Assim, espera-se, ainda, que haja conscientização, por parte da população, sobre o fato de que a dor referida pelo paciente jamais deve ser negligenciada.

Intenta-se, também, mostrar que o tratamento da dor, seja medicamentoso, seja acesso às especialidades, a exemplo da algologia, neurologia e ortopedia, principalmente, é muito dificultado. O acesso aos medicamentos é, de fato, dificultado, pois via CASE, este só se logra mediante acompanhamento com os especialistas supracitados e relatórios detalhados fornecidos pelos mesmos. Estes obstáculos precisam, portanto, ser transpostos a partir do interesse de gestores de políticas de saúde pública, para promover a capacitação de médicos da Atenção Básica para o manejo da dor.

## REFERÊNCIAS

BARBER, R.P. et al. The origin, distribution and synaptic relationships of substance P axons in rat spinal cord. *The Journal of Comparative Neurology*, v. 184, p. 331-352, 1979.

BEYDOUN, A.; BACKONJA, M. Mechanistic stratification of antineuralgic agents. *Journal of Pain Symptom Management*, v. 25, p. 518-30, 2003.

BLYTH, F.M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, v. 89, n. 2-3, p. 127-34, 2001.

BOUHASSIRA, D. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, v. 114, p. 29-36, 2005.

BUSHNELL, M.C.; APKARIAN, A.V. Representation of pain in the brain. In: MCMAHON, S.; KOLTZENBURG, M. *Textbook of pain*. 5th ed., Philadelphia: Churchill Livingstone, pp. 267-289, 2005.

CARACENI, A.; WEINSTEIN, S. Classification of cancer pain syndromes. *Oncology*, v. 15, p.1627-1640, 2001.

CHONG, M.; BAJWA, Z. Diagnosis and treatment of neuropathic pain. *Journal of Pain Symptom Management*, v. 26, p. 1123-30, 2003.

COHEN, M.J.M.; CAMPBELL, J.N., editores. *Pain treatment centers at a crossroads: a*

*practical and conceptual reappraisal*. Seattle: IASP Press, 1996.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, maio, 2007.

ELIOT, A.M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, v. 354, n. 9186, p. 1248-52, 1999.

ENGLAND, J. et al. Sodium channel accumulation in humans with painful neuromas. *Neurology*, v. 47, p. 272-76, 1996.

FAUCI, A. S. et al. *Harrison: Medicina Interna*. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008.

GEBHART, G. (ed.). *Visceral pain: progress in pain research and management*, vol. 5. Seattle: IASP press, 1995.

JACKSON, J.E. Chronic pain and the tension between the body as subject and object. In: Csordas, T.J., editor. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 201-28.

JENSEN, T.S. et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain*, v. 152, p. 2204-5, 2011.

KENSHALO JR. et al. Responses of primate spinothalamic neurons to graded and to repeated noxious heat stimuli. *Journal of Neurophysiology*, v. 42, p. 1370-89, 1979.

LERMA, J.; MORALES, M.; VICENTE, M.A.; HERRERAS, O. Glutamate receptors of the kainate type and synaptic transmission. *Trends in Neurosciences*, v. 20, p. 9-12, 1997.

LOESER, J.D.; TREEDE, R.D. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain*, v. 137, p. 473-7, 2008.

MCQUAY, H. et al. Opioid sensitivity of chronic pain: A patient-controlled analgesic method. *Anesthesia*, v. 47, p.757-67, 1992.

MONTINI, F.T.; NEMAN, F.A. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. *Science in Health*, v. 3, n. 2, p. 74-86, maio/ago., 2012.

MORRIS, D. *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Editora Andrés Bello, 1996.

MOURAU, A.; GUÉRIT, J.M.; PLAGHKI, L. Refractoriness cannot explain why C-fiber laser-evoked brain potentials are recorded only if concomitant A $\beta$ -fiber activation is avoided. *Pain*, v. 112, p. 16-26, 2004.

PIMENTA, C.A.M. *Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

ROSE, M.A.; KAM, P.C.A. Gabapentin: pharmacology and its use in pain management. *Anaesthesia*, v. 57, p. 451-62, 2002.

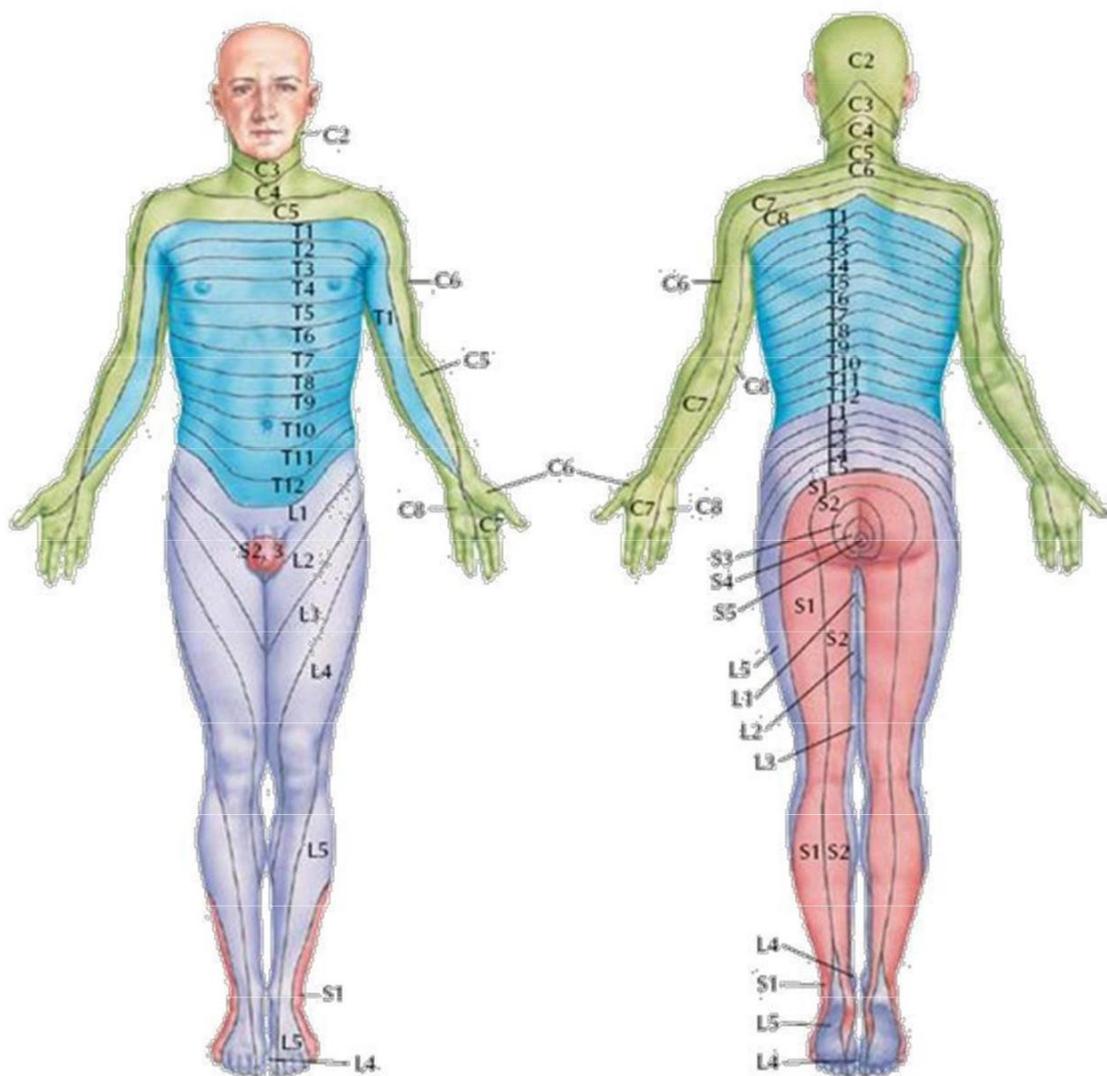
SCHESTATSKY, P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, v. 28, n. 3, p. 177-187, 2008.

TASKER, R. The problem of deafferentation pain in the management of the patient with cancer. *Journal of Palliative Care*, v. 2, p. 8-12, 1987.

TREEDE, R.D. et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, v. 70, p. 1630-5, 2008.

WHEELER-ACETO, H.; PORRECA, F.; COWAN, A. The rat paw formalin test: comparison of noxious agents. *Pain*, v. 40, p. 229-238, 1990.

## Anexo I: Dermátomos



**Fonte:** [https://lh4.googleusercontent.com/26pp7kt\\_p9w/TXuaFAbseqI/AAAAAAAAABN8/LEjLCxQDzuQ/s1600/dermatomos.JPG](https://lh4.googleusercontent.com/26pp7kt_p9w/TXuaFAbseqI/AAAAAAAAABN8/LEjLCxQDzuQ/s1600/dermatomos.JPG)

Anexo II: Escala Visual Analógica (EVA)



**Fonte:** <http://4.bp.blogspot.com/-IMBpdCqCsg/U7qbPytZJ9I/AAAAAAAAAo4/WZsuPNit5CI/s1600/escala+de+dor.jpg>

Anexo III: Questionário Específico para Rastreamento de Dor Neuropática/DN4

QUESTIONÁRIO PARA O(A) PACIENTE

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada linha.

**Questão 1:** A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>1 - Queimadura</b>		
<b>2 - Sensação de frio doloroso</b>		
<b>3 - Choques elétricos</b>		

**Questão 2:** Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>4 - Formigamento</b>		
<b>5 - Picadas</b>		
<b>6 - Dormência</b>		

**Questão 3:** A dor está localizada numa zona onde o exame físico o evidencia:

	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>7 - Hipoestesia ao tato</b>		
<b>8 - Hipoestesia à agulha</b>		

**Questão 4:** A dor é provocada ou aumentada por:

	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>10 - Fricção leve ( <i>brushing</i> )</b>		

**Fonte:** Bouhassira *et al.* (2005).

**ANEXO – GENOGRAMA**

