

Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde*

Recommendations for the chronic musculoskeletal pain management in primary health care

Aristeu de Almeida Camargo Neto¹, Cléber de Moraes Motta¹, Maria Helena Senger², José Eduardo Martinez²

*Recebido da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP). Sorocaba, SP, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica é considerada um problema global que envolve sofrimento desnecessário, incapacidade progressiva e custo socioeconômico relevante. Observou-se que a dor musculoesquelética é uma das principais causas de encaminhamento para o nível de atenção secundário. Dessa forma, o grupo responsável por essa constatação propõe o estabelecimento de recomendações baseadas em evidências científicas com o intuito de capacitar os médicos do setor primário no atendimento dessa síndrome e reduzir a necessidade desses encaminhamentos. O objetivo deste estudo foi propor recomendações para o tratamento de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde.

CONTEÚDO: O tratamento da dor crônica é sintomático e objetiva melhora e/ou manutenção da função locomotora e da qualidade de vida. Para realização adequada do tratamento, deve-se levar em conta o diagnóstico de base, tratamento farmacológico (analgésicos, anti-inflamatórios, opioides fracos e medicamentos adjuvantes – antidepressivos e anticonvulsivantes) e não farmacológico (educação em saúde, prática de exercícios físicos, fisioterapia e acupuntura).

CONCLUSÃO: As diretrizes/recomendações propostas foram consideradas adequadas para o tratamento da dor musculoesquelética crônica e deverão ser submetidas à avaliação clínica na prática.

Descritores: Centros de saúde, Dor, Doença crônica, Doenças musculoesqueléticas.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain is considered a global problem that involves unnecessary grief, progressive disability and relevant socioeconomic cost. It was found that musculoskeletal pain is a major cause of referral to secondary care level. Thus, the group responsible for this finding suggests the establishment of recommendations based on scientific evidence in order to train the doctors in primary care of this syndrome and reduce the need for such referrals. The aim of this study is to propose recommendations for the treatment of chronic musculoskeletal pain in primary health.

CONTENTS: The treatment of chronic pain is symptomatic and objective improvement and/or maintenance of locomotor function and quality of life. For suitable therapy must take into account the underlying diagnosis, drug therapy (analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, weak opioids and adjuvant drugs - antidepressants and anticonvulsants) and non-pharmacological treatment (health education, physical exercise, physical therapy and acupuncture).

CONCLUSION: The proposed recommendations were considered appropriate for the treatment of chronic musculoskeletal pain and should be submitted to clinical evaluation in practice.

Keywords: Chronic disease, Health centers, Musculoskeletal diseases, Pain.

INTRODUÇÃO

Conceitua-se dor como experiência sensorial e emocional desagradável que está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais¹. No âmbito das afecções do aparelho locomotor, a dor é o sintoma mais frequente e uma das principais causas de procura por assistência médica. Além da alta prevalência, sua importância decorre por estar presente nas doenças que causam maior impacto negativo na qualidade de vida^{2,3} e na produtividade dos indivíduos acometidos⁴.

A dor crônica é considerada um problema global e complexo que envolve sofrimento desnecessário, incapacidade progressiva e custo socioeconômico relevante⁵. Ela difere significativamente da dor aguda por sua maior duração e tais termos, aplicados na prática clínica, nem sempre guardam relação com os conceitos advindos da anatomia patológica⁵. Pode estar associada com a continuidade da doença, ou mesmo persistir após a recuperação da doença ou lesão. Como ocorre na dor aguda, se a dor crônica

1. Graduando do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP). Sorocaba, SP, Brasil

2. Professor do Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP). Sorocaba, SP, Brasil

Apresentado em 23 de abril de 2010

Aceito para publicação em 06 de agosto de 2010

Endereço para correspondência:
Aristeu de Almeida Camargo Neto
Rua Horácio Cenci, 368/32
18047-800 Sorocaba, SP.
E-mail: aristeuneto87@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

for devido à doença orgânica, ela é efetivamente curada ao se tratar a desordem de base. Geralmente, porém, é mal localizada e tende a ser maciça, contínua ou recorrente⁵.

A dor crônica pode ser causada por processos patológicos crônicos nas estruturas somáticas ou viscerais ou por disfunção prolongada dos componentes do sistema nervoso periférico (SNP), do sistema nervoso central (SNC) ou ambos. Os sinais associados da resposta do sistema nervoso autônomo podem estar ausentes e o paciente tende a parecer exausto, apático, deprimido e introvertido⁶. Pode ainda decorrer de fatores ambientais ou psicopatológicos que normalmente geram estresse físico, emocional, econômico e social significativo para o paciente e sua família⁶.

Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor musculoesquelética em algum momento da vida⁷. Dentre as principais causas de dor crônica no aparelho locomotor, pode-se citar: dor na coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, entre outras⁸. Dessa forma, o atendimento médico nos três níveis de atenção à saúde pública deve contar com profissionais preparados para enfrentar tal desafio e, dentre eles, o nível primário necessita maior poder de resolução, já que é a porta de entrada dos pacientes para o sistema de saúde, na maior parte dos casos. Em estudo, Martinez e col.⁹ mostraram que a modalidade terapêutica mais utilizada para o tratamento de dores crônicas em unidade básica de saúde (UBS) é a medicamentosa com predomínio de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais (AINES). Além disso, houve baixa utilização de tratamentos não medicamentosos e exercícios físicos. Porém, entende-se que o tratamento da dor musculoesquelética deve ser baseado em diagnóstico preciso, multiprofissional e com medidas medicamentosas e não medicamentosas⁹.

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUCSP, dentro do programa desenvolvido no módulo curricular de Prática em Atenção à Saúde, no 4º ano do curso de Medicina estuda a avaliação da efetividade do sistema de atenção à saúde. Em 2009, teve-se especificamente sobre o sistema de referência entre os níveis de atenção à saúde. Foi observado nas UBS da família onde os alunos atuam, que dentre as principais causas de encaminhamento para o nível secundário de atenção a saúde estava a dor musculoesquelética. Assim, o grupo responsável por essa constatação propõe o estabelecimento de recomendações voltadas a este sintoma/sinal, baseadas em evidências científicas para melhorar a resolubilidade dos casos atendidos, reduzirem a necessidade dos encaminhamentos e capacitar os médicos do setor primário no atendimento dessa síndrome.

Realizou-se levantamento bibliográfico na base de dados Medline e LILACS, utilizando as seguintes palavras-chaves: “dor”, “dor crônica”, “dor musculoesquelética”, “tratamento”, “fármacos” e “terapia não farmacológica” para estudos publicados nos últimos cinco anos, preferencialmente.

Os títulos que indicaram que o objeto do estudo era tratamento clínico e, portanto, compatível com o objetivo do estudo, tiveram seus resumos lidos. Foram selecionados os estudos cujos resumos mostraram-se tratar de revisão sobre o tratamento de dor e os estudos aleatórios de modalidades terapêuticas ambulatoriais, que foram observados na íntegra.

Depois de criteriosa análise, discutiu-se e pactuaram-se as recomendações propostas, descritas nos seguintes tópicos: recomen-

dações gerais, avaliação da dor e tratamento não farmacológico e farmacológico.

As recomendações foram consideradas aprovadas quando pelo menos três dos autores concordaram com sua inclusão.

Do levantamento bibliográfico realizado, 35 publicações foram selecionadas, respeitando os critérios descritos. A partir destes, foram estabelecidas as recomendações gerais apontadas no quadro 1.

Quadro 1 – Recomendações gerais para o tratamento da dor musculoesquelética crônica

Realizar o diagnóstico das causas de dor crônica e condições associadas
Avaliar a intensidade e duração da dor
Sempre prescrever terapêutica não medicamentosa
Prescrever medicamentos de acordo com a intensidade e cronicidade da dor
Respeitar as contra-indicações
Monitorar efeitos adversos de medicamentos e interações medicamentosas

O tratamento da dor crônica é sintomático e objetiva melhora e/ou manutenção da função locomotora e da qualidade de vida. Para a realização adequada do tratamento, devem-se levar em conta dois segmentos básicos: o tratamento não medicamentoso (Quadro 2) e medicamentoso (Tabela 1).

Quadro 2 – Terapêutica não medicamentosa

Educação em saúde
Orientação de postura
Controle adequado de peso
Controle de estresse
Respeitar restrições individuais em relação às atividades
Caminhada no plano por 30 minutos três vezes por semana
Alternativa: hidroginástica, exercícios aeróbicos de baixo impacto e musculação com carga baixa

Tabela 1 – Terapêutica medicamentosa

Classe de Medicamentos	Medicamentos	Doses	Posologia
Analgésicos	Paracetamol (1ª escolha)	750 mg	3 x /dia
	Ibuprofeno (2ª escolha)	400 mg	3 x /dia
	Dipirona (3ª escolha)	500 mg	3 x /dia
Anti-inflamatório não esteroide	Diclofenaco	25-50 mg	3 x /dia
	Meloxicam	7,5-15 mg	1 x /dia
	Naproxeno	500 mg	2 x /dia
Opioides (associado ou não)	Tramadol	37,5 mg / 50 mg	3 x /dia
Terapia adjuvante	Amitriptilina	25-50 mg	1 x /dia
	Gabapentina	300-600 mg	1 x /dia

Em relação aos AINES, estão indicados em períodos curtos de utilização e quando o paciente apresentar sinais inflamatórios. Deve-se monitorar função cardíaca, renal, hepática e gastrointestinal e avaliar contra-indicações (Quadro 3).

Além disso, o uso de inibidores seletivos de COX-2 em pacientes com risco de doença gastrointestinal e com baixo risco cardiovascular poderia ser uma alternativa, caso o poder aquisitivo do

Quadro 3 – Cuidados necessários com a utilização de anti-inflamatório não esteroides

Em caso de antecedentes gástricos, pode-se associar inibidor bomba protônica
 Realizar trimestralmente os seguintes exames: hemograma completo, AST, ALT, ureia e creatinina
 Cuidado com interações medicamentosas como AINES e anticoagulantes
 Contra-indicado em pacientes que apresentam déficit de função renal

paciente permitisse. A associação de antiagregantes plaquetários para paciente com alto risco cardiovascular e baixo risco gastrintestinal ainda gera alguma controvérsia.

As recomendações descritas foram escolhidas a partir de uma discussão dos autores sobre o embasamento teórico formado pela literatura. Os principais objetivos do tratamento do paciente com dor são o alívio da sua intensidade e a melhora da qualidade de vida. Não há médico que isoladamente disponha dos vários recursos disponíveis para o tratamento da dor crônica ou que trate os muitos fatores associados à amplificação dos sintomas ou sua perpetuação. Para tanto, abordagem da equipe multidisciplinar se faz necessária⁶.

O objetivo deste estudo foi propor recomendações para o tratamento de dor musculoesquelética crônica em UBS.

OBJETIVO DO TRATAMENTO E DA AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação da intensidade da dor é um ponto importante no manuseio do paciente com dor musculoesquelética crônica. A medida quantitativa da sua intensidade é necessária e essencial para avaliar com precisão as mudanças em seus níveis ao longo dos anos¹. A experiência de dor é subjetiva, e os primeiros esforços dos profissionais de saúde para estimá-la através de um mecanismo de medida de dor 'objetivo', foram úteis na investigação clínica¹. A medida quantitativa da dor mais considerável parece ser uma simples escala analógica visual de 10 cm (EAV), que pode ser preenchida pelo paciente em menos de 30 segundos¹. Os escores de dor estão fortemente correlacionados com as escalas de *status* funcional e sofrimento psíquico em pacientes com doenças reumatológicas¹. Recomenda-se que a avaliação quantitativa de dor seja incluída em cada visita de rotina, juntamente com a avaliação de incapacidade funcional, situação global e outras variáveis relacionadas ao paciente¹.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Diversos estudos mostraram que a educação em saúde é um pilar importante no tratamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica. Medidas gerais como redução de peso, correção de postura, controle de estresse e orientações sobre as atividades diárias são fatores importantes no tratamento não farmacológico¹⁰⁻¹².

Exercícios físicos

A atividade física influencia positivamente na maioria dos componentes do sistema musculoesquelético que está relacionado à capacidade funcional e ao risco de doenças degenerativas. A prática de exercícios físicos tem potencial para postergar e prevenir

doenças musculoesqueléticas. Além disso, contribuem para a sua reabilitação quando em fases avançadas¹³⁻¹⁵.

O programa de atividade física visa à restauração da função, força e trofismo muscular, ao desenvolvimento do senso de propriocepção, ao relaxamento da musculatura, à restauração da flexibilidade articular e à prevenção da síndrome do desuso¹⁶. Além disso, a prática regular de exercícios ativa mecanismos antinociceptivos, os quais induzem a produção de opioides endógenos¹⁷.

Os exercícios de alongamento procuram devolver ao músculo fadigado e encurtado o seu comprimento de repouso, condição fundamental para que adquira potência máxima¹⁶.

Os exercícios isométricos devem ser seguidos dos resistidos manualmente e progredir para utilização de bandas elásticas de resistência progressiva¹⁶.

A marcha, os exercícios na água (hidroterapia) e o condicionamento dos aparelhos cardiovascular e respiratório são também instrumentos que contribuem para melhorar a reabilitação dos pacientes com dor^{16,18}. Vale ressaltar, no entanto, que as atividades físicas devem ser adequadas às capacidades de cada indivíduo¹⁶.

Na fase crônica, as atividades físicas de flexibilidade, de fortalecimento muscular e de condicionamento cardiovascular são fundamentais para a manutenção do bem estar e para prevenção de recorrências ou agravamento de dor¹⁶.

Deve-se sempre respeitar restrições individuais em relação às atividades indicadas para cada tipo de doença.

Fisioterapia

A fisioterapia permanece como uma medida auxiliar no tratamento da dor musculoesquelética crônica. As técnicas aplicadas são variadas como, por exemplo, o ultrassom ou a estimulação elétrica de baixa voltagem. Embora os estudos tenham dificuldades metodológicas, os resultados são positivos em curto prazo. Qualquer que seja a técnica analgésica escolhida parece haver melhora temporária da dor, especialmente quando envolve associadamente a atividade física¹⁹.

Acupuntura

A acupuntura atua por meio da estimulação de estruturas nervosas discriminativas dérmicas, subdérmicas e musculares que ativam o sistema supressor de dor na medula espinhal e no encéfalo, promovendo analgesia e relaxamento muscular. Vários estudos sobre acupuntura apresentam problemas metodológicos, o que torna difícil avaliar a sua real eficácia no tratamento da dor crônica. Entretanto, alguns estudos demonstraram que a acupuntura proporciona resultados mais favoráveis que o placebo no tratamento da dor crônica. Porém, há necessidade de realização de maior número de estudos controlados para se avaliar a importância do método²⁰.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Analgésicos

O paracetamol (acetaminofeno) tem mostrado boa eficácia e tolerância no início do tratamento de dor musculoesquelética crônica, sendo uma alternativa viável aos AINES, devendo ser a primeira escolha em pacientes de alto risco²¹. Exerce efeito dose-dependente até atingir a sua dose máxima (4 g/dia), doses

superiores não trazem incremento na analgesia e aumentam as possibilidades de efeitos colaterais, principalmente hepáticos²². Contudo, não deve ser considerado como medicamento de primeira escolha na presença de sinais flogísticos, pois exerce principalmente atividade analgésica e pouca ação anti-inflamatória. Em situações específicas, para maximizar a atividade analgésica do paracetamol, pode ser realizada a associação com opioide fraco (codeína/tramadol)²². Os efeitos adversos do uso de paracetamol são mínimos, presentes em menos de 1% dos casos, sendo eles: cansaço, tontura, sedação, angioedema e hepatotoxicidade. Uma alternativa ao uso do paracetamol seria o ibuprofeno em baixas doses (1200 mg/dia). Está provado que a incidência de efeitos gastrointestinais com o ibuprofeno (em doses antitérmicas e analgésicas) não é maior do que a observada em pacientes tratados com placebo ou com paracetamol²³. Dipirona apresenta similar eficácia analgésica a de outros fármacos de uso corrente. Apesar de possuir inquestionável eficácia, precisa ser balanceada com as reações adversas que acarreta, dentre as quais foram descritas leucopenia, agranulocitose, pancitopenia, anemia aplástica, anafilaxia, reações dermatológicas graves e distúrbios gastrointestinais. Agranulocitose é rara, mas grave doença, com taxa de fatalidade em torno de 6% a 10%, o que motivou a retirada de dipirona de muitos países²⁴. Não há consenso na literatura em relação à duração do uso de analgésicos e AINES.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINES)

Os AINES inibem a ciclo-oxigenase (COX), enzima que catalisa a conversão do ácido aracônico em prostaglandinas (PG) e prostacilinas envolvidas no processo inflamatório e na sensibilização das unidades neuronais centrais e periféricas. Essa classe de medicamentos difere entre si quanto à farmacocinética, potência anti-inflamatória e efeitos colaterais. Alguns são inibidores seletivos da COX-2 (nimesulida, meloxicam), outros específicos da COX-2 (Coxibs) e outros, inibidores não seletivos da COX-2²⁵. Medicamentos do mesmo grupo farmacológico parecem ter a mesma potência analgésica; quando a melhora com fármacos de um grupo é insatisfatória, recomendam-se utilizar AINES de outros grupos. A associação de AINES não melhora a analgesia, mas a associação a opioides, medicamentos adjuvantes (caféina) e medicina física é vantajosa porque cada uma dessas atua segundo mecanismos diferentes e em áreas distintas²⁵. Os AINES inibem a atividade dos bloqueadores beta-adrenérgicos porque impedem a síntese das prostaglandinas vasculares e renais. Além disso, aumenta o efeito hipotensor da nitroglicerina, a toxicidade do lítio, metotrexato, ácido valpróico, sulfonamidas e sulfonilureias e a atividade dos anticoagulantes orais, hormônios tireoidianos e digoxina e potencializam o efeito hipoglicemiante da insulina²⁵. Os AINES apresentam como principais efeitos colaterais: irritação gastrointestinal e ulceração, disfunção renal e lesão hepática²⁵. O diclofenaco, um anti-inflamatório com potente ação inibitória da ciclo-oxigenase, tem seu uso frequente nos níveis primários de atenção à saúde, mas possui algumas desvantagens, principalmente no que se refere à sua inibição não seletiva da COX-2, causando, frequentemente, efeitos colaterais no trato gastrointestinal. Uma alternativa para amenizar os efeitos gástricos dos medica-

mentos não seletivos da COX-2, seria a introdução de inibidores seletivos da COX-2, como por exemplo, o meloxicam. Esse medicamento além dos menores efeitos colaterais apresenta fácil posologia (dose única diária) e boa resposta anti-inflamatória e analgésica nos processos inflamatórios em geral. Quando a preocupação for exclusivamente a intolerância gastrointestinal tem-se a opção dos inibidores específicos para COX2, ou ainda a associação de um inibidor de bomba de prótons (por ex.: omeprazol 20 mg) ao anti-inflamatório não seletivo²⁶.

É também reconhecido que os inibidores de COX-2 são capazes de elevar os riscos tromboembólicos por meio de uma inibição seletiva de prostacilinas antitrombóticas sem nenhuma inibição seletiva de tromboxano gerado por COX-1, o qual tem ação pró-trombótica²⁷. Baseado nesse conceito, os inibidores específicos da COX-2 (Coxibs), que foram lançados no final dos anos 1990, prometendo ser a solução para os efeitos colaterais dos AINES, mostraram estar longe de serem isentos de efeitos colaterais, principalmente cardiovasculares²⁸. Nesse panorama, o naproxeno aparece como um fármaco seguro para esse tipo de evento, porém com o perfil dos demais efeitos adversos dos demais não seletivos^{25,26}. Não se pode deixar de mencionar os cuidados que se deve ter na prescrição dos anti-inflamatórios em relação à função renal e hepática.

Opioides

O termo se aplica às substâncias endógenas ou sintéticas, cuja ação analgésica ocorre por meio da interação com receptores opioides (μ , κ e δ)^{29,30}. Os analgésicos opioides tornaram-se um ponto importante no tratamento de dor oncológica, fato comprovado por diversos ensaios clínicos bem controlados^{29,31}. Contudo, há grande controvérsia em relação ao seu uso em longo prazo em dor musculoesquelética crônica^{22,29,32-36}, embora seja crescente a sua indicação no tratamento de dor crônica e de origem reumática^{22,31-33,36}. Alguns estudos apontaram que o uso deste tipo de analgésico está associado a poucos resultados satisfatórios no tratamento da dor crônica não maligna^{22,35}. Aliado a isso, vale ressaltar que nenhum estudo aleatório e controlado mostrou a eficácia e o risco-benefício do seu uso em condições reumatológicas^{31,33}.

O mecanismo de ação dos opioides sintéticos está relacionado aos locais de ação dos opioides endógenos no centro de controle da dor no SNC; além disso, ocorre ligação nos receptores da medula espinhal, inibindo a propagação do sinal da dor^{22,29,37}. Os principais efeitos adversos relacionados ao seu uso seriam depressão respiratória, tolerância, dependência física, disfunção cognitiva, imunossupressão, distúrbios do sono, obstipação, disfunção da bexiga, náuseas e vômitos^{29,31,32,34,35}.

A utilização de opioides na dor crônica não oncológica deve ser considerada após a ineficácia de alternativas como terapia não farmacológica e uso de AINES; além disso, podem-se prescrever outros fármacos adjuvantes e terapias físicas (fisioterapia), ou psicológicas quando necessário. O médico deve avaliar o conforto (grau de analgesia), efeitos adversos, estado funcional e comportamentos aberrantes que possam indicar abuso^{22,31}.

Os opioides podem ser classificados como fracos e fortes, de acordo com a potência do medicamento; contudo, em tratamento de dor musculoesquelética crônica são indicados apenas os opioides

fracos, dentre eles, destaca-se o tramadol devido ação na inibição da recaptação de serotonina. Opioides não devem ser utilizados isoladamente para tratar a dor e os objetivos do tratamento comumente exigem medicamentos adjuvantes antidepressivos, anticonvulsivantes, AINES e estratégias não farmacológicas⁷.

Terapia Adjuvante

Muitas vezes, analgésicos, AINES e opioides são eficazes no controle da dor musculoesquelética crônica. Entretanto, em alguns casos, deve-se valer da necessidade de tratamento adjuvante, utilizando antidepressivos e anticonvulsivantes³⁸⁻⁴⁰. Dessa forma, os antidepressivos têm sido amplamente utilizados no tratamento de condições reumatológicas crônicas. Contudo, muitas questões permanecem sem respostas em relação à ação analgésica dessa classe de fármacos³⁸.

A terapia adjuvante é composta por medicamentos de grupos farmacológicos variados que associados aos analgésicos têm ação específica ou potenciadora no controle de determinados tipos de dor. O emprego de adjuvantes deve ser considerado e adequado ao tipo de dor a ser tratada. Sempre se deve observar possíveis efeitos colaterais, às vezes aproveitando os benefícios que estes podem causar⁴¹.

No tratamento de dor musculoesquelética crônica, os antidepressivos tricíclicos têm mostrado maior eficácia quando comparados aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). Existe outra classe de antidepressivo que são os inibidores duais de recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSNs), como a venlafaxina e duloxetine, que são medicamentos que em doses mais baixas agem predominantemente como os ISRS e em doses altas provoca inibição de recaptação de noradrenalina. Têm potencial analgésico comparável aos antidepressivos tricíclicos^{41,42}.

Os antidepressivos costumam ter efeitos colaterais relacionados principalmente à ação anticolinérgica, apresentando sonolência, confusão mental leve, boca seca e retenção urinária. A sonolência indica seu emprego preferencial à noite. São contra-indicados para pacientes portadores de glaucoma, prostatismo e taquiarritmias⁴¹.

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) podem ser uma alternativa para os pacientes que não podem utilizar os tricíclicos devido à presença de alterações clínicas ou efeitos colaterais. Já que não há efeitos colaterais anticolinérgicos ou toxicidade cardíaca, além disso, a maioria dos efeitos colaterais é imediata e de curta duração^{41,43}.

Não existe uma duração ideal do tratamento com antidepressivo. O seu uso deve ser mantido por pelo menos quatro semanas antes de ser interrompido devido à falta de eficácia. A duração total deve ser determinada em relação aos objetivos iniciais (avaliação não apenas da melhora da dor, mas também da qualidade do sono e das consequências psicológicas), aceito pelo paciente e pelo médico, e após avaliação cuidadosa do risco-benefício. Depois de três a seis meses de remissão da dor, a dose pode ser diminuída gradualmente, com avaliações regulares. Interromper o tratamento abruptamente pode causar náuseas, vômitos e tremores³⁸.

Como alternativa da classe dos adjuvantes, pode-se utilizar também a gabapentina, um medicamento seguro e aprovado pelo FDA em 1993, que possui mecanismo de ação complexo e múltiplo. Esse medicamento promove aumento do efeito do GABA no sistema nervoso central, redução do glutamato e bloqueio de

canais de sódio e de cálcio nos neurônios⁴⁴⁻⁴⁶.

Além de ser efetiva no tratamento da dor crônica, a gabapentina também tem mostrado efeitos benéficos significativos na qualidade do sono⁴⁷.

CONCLUSÃO

Após análise crítica das referências bibliográficas e discussão sobre o tratamento da dor musculoesquelética crônica, concluiu-se que, atualmente, os medicamentos utilizados no nível primário de atenção à saúde para o tratamento desta condição são, muitas vezes, inadequadamente indicados, em relação à classe de medicamento ou posologia, para a intensidade e cronicidade da dor apresentada pelo paciente. Baseado nestas recomendações, acredita-se que seja necessária a inclusão de novos fármacos à rede básica de saúde para o tratamento otimizado desta condição, tais como: paracetamol e/ou ibuprofeno, meloxicam e/ou naproxeno, tramadol e amitriptilina; essas medicações foram consideradas importantes e apresentaram bons resultados na literatura quando o objetivo era o tratamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica. Por fim, não se pode deixar de mencionar a importância de uma equipe multidisciplinar no auxílio ao tratamento da dor crônica, inexistente nas UBS.

As recomendações propostas parecem adequadas para o tratamento da dor musculoesquelética crônica pelos autores do projeto e deverão ser submetidas à avaliação clínica na prática, buscando evidências de melhora na resolubilidade dos casos atendidos e redução de encaminhamentos ao nível secundário de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sokka T. Assessment of pain in patients with rheumatic diseases. *Best Pract Clin Rheumatol* 2003;17(3):427-49.
2. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. **Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life.** *J Rheumatol* 1995;22(2):270-4.
3. Roux CH, Guillemin F, Boini S, et al. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Ann Rheum Dis* 2005;64(4):606-11.
4. Main CJ, Williams AC. Musculoskeletal pain. *BMJ* 2002;325(7363):534-7.
5. Cailliet R. Dor: mecanismo e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 257-74.
6. Bruno AA. Abordagem clínica na dor crônica. *Rev Bras Med* 2001;58(6):446-53.
7. Teixeira MJ, Pimenta CAM. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, (editor). *Dor: conceitos gerais*. 1ª ed. São Paulo: Limay; 1995. p. 61.
8. Garcia MLB, Calich I. Artrites e artralguas. In: Martins MA, Bensenor IM, Atta J, (editores). *Semiologia clínica*. São Paulo: Savier; 2002. p. 566-74.
9. Martinez JE, Santos BZC, Fasolin RP, et al. Perfil de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética em unidade básica em Sorocaba. *Rev Bras Clin Med* 2008;6(5):167-71.
10. Christensen R, Astrup A, Bliddal H. Weight loss: the treatment of choice for knee osteoarthritis? A randomized trial. *Osteoarthritis Cartilage* 2005;13(1):20-7.
11. Cronan TA, Hay M, Groessl E, et al. The effects of social support and education on health care costs after three years. *Arthritis Care Res* 1998;11(5):326-34.

12. Focht BC, Rejeski WJ, Ambrosius WT, et al. Exercise, self-efficacy, and mobility performance in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53(5):659-65.
13. Vuori I. Exercise and physical health: musculoskeletal health and functional capabilities. *Res Q Exerc Sport* 1995;66(4):276-85.
14. Bruce B, Fries JF, Lubeck DP. Aerobic exercise and its impact on musculoskeletal pain in older adults: a 14 year prospective, longitudinal study. *Arthritis Res Ther* 2005;7(6):R1263-70.
15. Roddy E, Zhang W, Doherty M, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee--the MOVE consensus. *Rheumatology* 2005;44(1):67-73.
16. Lin TY, Stump P, Kaziyama HHS, et al. *Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica*. Rev Med 2001;80(2):245-55.
17. Jonsdottir IH, Hoffmann P, Thoren P. Physical exercise, endogenous opioids and immune function. *Acta Physiol Scand Suppl* 1997;640:47-50.
18. Imamura M, Imamura S, Lin TY. Tratamento fisioterápico e procedimentos de reabilitação. *Rev Med* 1997;76(1):71-7.
19. Tavares MRG. Diretriz clínica sobre o cuidado da pessoa com osteoartrose em atenção primária. Sociedade Brasileira em Medicina da Família e Comunidade 2007;1:1-34.
20. Yeng LT, Teixeira MJ, Kaziyama HHS, et al. *Medicina física em reabilitação em doentes com dor crônica*. In: Teixeira MJ, (editor). Dor: manual para o clínico. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 119-20.
21. Alves TCTF, Henriques S. Dor e psicofármacos. In: Teixeira MJ, (editor). Dor: manual para o clínico. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 87-90.
22. Hansen GR. Chronic pain management in acute care setting. *Emerg Med Clin N Am* 2005;23(2):307-38.
23. Ansari A. The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain: a review of current literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000;7(5):257-7.
24. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26(1):30-6.
25. Teixeira MJ. Analgésicos antiinflamatórios não-esteroidais. In: Teixeira MJ, (editor). Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 69-76.
26. Scotton AS, Fraga RO. Antiinflamatórios não-esteróides. In: Carvalho MAP, Lanna CCD, Bértolo MB, (editores). *Reumatologia: diagnóstico e tratamento*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 619-30.
27. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001;286(8):954-9.
28. Araujo LF, Soeiro Ade M, Fernandes Jde L, et al. Cardiovascular events: a class effect by COX-2 inhibitors. *Arq Bras Cardiol* 2005;85(3):222-9.
29. Ribeiro S, Schmidt AP, Schmidt SR. Opioids for treating non malignant chronic pain: the role of methadone. *Rev Bras Anestesiol* 2002;52(5):644-51.
30. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, et al. *Fármacos analgésicos*. Farmacologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 651-62.
31. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, et al. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004;112(3):372-80.
32. Paiva ES, Cuginotti V, Müller CS, et al. Manejo da dor. *Rev Bras Reumatol* 2006;46(4):292-6.
33. Fitzcharles MA, Almahrezi A, Shir Y. Pain: understanding and challenges for rheumatologist. *Arthritis Rheum* 2005;52(12):3685-92.
34. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, et al. Opioid complications and side effects. *Pain Physician* 2008;11(2 Suppl):S105-20.
35. Langford R, McKenna F, Ratcliffe S, et al. Transdermal fentanyl for improvement of pain and functioning in osteoarthritis: a randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2006;54(6):1829-37.
36. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet* 1999;353(9167):1865-69.
37. Brookoff D. Chronic pain: 1. A new disease? *Hosp Pract* 2000;35(7):45-59.
38. Perrot S, Maheu E, Javier RM, et al. Guidelines for the use of antidepressants in painful rheumatic conditions. *Eur J Pain* 2006;10(3):185-92.
39. Sawynok J, Esser MJ, Reid AR. Antidepressants as analgesics: an overview of central and peripheral mechanisms of action. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26(1):21-9.
40. Curatolo M, Bogduk N. Pharmacologic pain treatment of musculoskeletal disorders: current perspectives and future prospects. *Clin J Pain* 2001;17(1):25-32.
41. Hyllested M, Jones S, Pedersen JL, et al. Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management: a qualitative review. *Br J Anaesth* 2002;88(2):199-214.
42. Le Parc JM, Van Ganse E, Moore N, et al. Comparative tolerability of paracetamol, aspirin and ibuprofen for short-term analgesia in patients with musculoskeletal conditions: results in 4291 patients. *Clin Rheumatol* 2002;21(1):28-31.
43. Hamerschlag N, Cavalcanti AB. Neutropenia, agranulocytosis and dipyrrone. *Sao Paulo Med J* 2005;123(5):247-9.
44. Mummaneni PV, Pitts LH, McCormack BM, et al - Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts. *Neurosurgery* 2000;47(1):74-9.
45. Hays H, Woodroffe MA. Using gabapentin to treat neuropathic pain. *Can Fam Physician* 1999;45:2109-12.
46. Herranz JL. Datos actuales sobre la gabapentina. *Rev Neurol* 2000;30(Supl 1):S125-31.
47. Todorov AA, Kolchev CB, Todorov AB. Tiagabine and gabapentin for the management of chronic pain. *Clin J Pain* 2005;21(4):358-61.