

## Contribuições da Enquete - PCDT - Protocolo de Atenção Básica – Dor Crônica - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
26/07/2017	Paciente	Boa	Não	o cuidado e tratamentos de dores neuropáticas.Sou portador de polineuropatia e o PCDT de dor crônica não engloba medicamentos eficientes para este tipo de dor, no máximo a gabapentina, que em grande parte dos casos não resolve. Eu uso pregabalina, que está fora da lista do SUS.	
26/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		

<b>Dt. contrib.</b>	<b>Contribuiu como</b>	<b>O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?</b>	<b>Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)</b>	<b>Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?</b>	<b>Referência</b>
26/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Após o item, sugiro a inclusão do item: -- Quais as necessidades de incorporação de tecnologia no SUS diante das evidências para prevenção e controle da dor crônica?	Diversos tratamentos de primeira linha para dores crônicas baseados em evidência não se encontram incorporada no SUS atualmente. Por exemplo, gabapentina e/ou pregabalina para dor neuropática. Esse protocolo deve estar vinculado estreitamente portanto a inclusão dessas tecnologias no SUS.	
26/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
26/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
26/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
26/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Gostaria que houvessem mais encaminhamentos para os Fisioterapeutas e menos uso de medicações injetáveis.	
27/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
27/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
27/07/2017	Profissional de saúde	Regular	Não	NÃO ESTÁ ABRINDO O PROTOCOLO	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/07/2017	Outra	Regular	Sim, xghdfdf	<p>METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA</p> <p>Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed/Medline e Cochrane, consultadas em 28/06/2012. Na base de dados Pubmed/Medline, utilizando-se os termos (“Glaucoma”[Mesh]) AND “Therapeutics”[Mesh] e restringindo-se a estudos com humanos, a meta-análises e a revisões sistemáticas em inglês, espanhol e português, foram encontradas 23 meta-análises e 104 revisões sistemáticas, tendo sido selecionados 12 estudos. Na base de dados Embase, utilizando-se os termos ‘glaucoma’/exp AND ‘therapy’/exp e restringindo-se a meta-análises e a revisões sistemáticas em inglês, espanhol e português, foram encontradas 127 meta-análises e 207 revisões sistemáticas, tendo sido selecionados 25 estudos. Desses, 5 já haviam sido selecionados na busca pelo Pubmed/Medline. Na base de dados Cochrane, utilizando-se a palavra-chave “glaucoma”, foram encontradas 38 revisões sistemáticas completas, tendo sido selecionados 6 estudos. Desses, 1 já havia sido selecionado na busca pelo Embase. Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram meta-análises ou revisões sistemáticas sobre o tratamento medicamentoso tópico do glaucoma que avaliaram os efeitos do tratamento sobre desfechos importantes (controle pressórico, progressão do dano glaucomatoso) e efeitos adversos dos medicamentos. Foram incluídos também ensaios clínicos citados nas meta-análises e revisões sistemáticas quando tais ensaios embasavam uma recomendação técnica do Protocolo, além de diretrizes de sociedades de especialistas, livros-texto de medicina e outros artigos de referência no conhecimento da doença, os quais não estavam</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>contemplados na busca anterior.2</p> <p>INTRODUÇÃO glaucoma é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é aumento da pressão intraocular (PIO) e cujo desfecho principal é cegueira irreversível. Ofator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é elevação da PIO (1). Os valores normais situam-se entre 10-21 mmHg. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal (GPN). Exceto no glaucoma de início súbito, chamado glaucoma agudo, a evolução é lenta e principalmente assintomática. Essa doença afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas (acuidade visual corrigida no melhor olho de 0,05 ou campo visual com menos de 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica) (2). Após a catarata, o glaucoma é a segunda causa de cegueira, sendo, porém, a principal causa de cegueira irreversível (3). No Brasil, há escassez de informações quanto à prevalência do glaucoma. A maior parte dos estudos mostra prevalência de 2%-3% na população acima de 40 anos (4-6). Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e amarela para o de fechamento angular), história familiar, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>fechamento251Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticasangular) e pressão de perfusão ocular diminuída (7).O glaucoma pode ser classificado da seguinte forma (7-9): glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), glaucoma de pressão normal (GPN), glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário.O GPAA, forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg, associado a dano no nervo óptico ou a defeito no campo visual compatível com glaucoma e ausência de anormalidades na câmara anterior e de anormalidades sistêmicas ou oculares que possam aumentar a PIO.O GPN é a forma em que há dano no nervo óptico ou no campo visual na ausência da PIO elevada e de anormalidades oculares ou sistêmicas que possam aumentar a PIO.O glaucoma primário de ângulo fechado, segunda forma mais comum de glaucoma, associa-se a dano no nervo óptico ou a repercussão no campo visual secundários ao fechamento angular primário.O glaucoma congênito é a forma em que ocorre obstrução da drenagem do humor aquoso causada por uma anormalidade do desenvolvimento ocular.O glaucoma secundário é a forma em que há aumento da PIO e dano no nervo óptico ou no campo visual secundários a doenças oculares predisponentes, a trauma ou ao uso de medicamentos.Os fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do glaucoma são os seguintes: PIO, idade, história familiar, etnia, paquimetria, pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes mellitus tipo 2, ametropias, fatores genéticos e outros fatores especificados.Segundo diversos estudos populacionais, a prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto aumenta à medida</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>que a PIO se eleva. Ademais, pesquisas demonstraram que a redução pressórica retarda a progressão do dano glaucomatoso. Diferentes trabalhos evidenciaram que apenas uma proporção de pacientes com PIO acima de 21 mmHg tem glaucoma, sugerindo a arbitrariedade de tal valor (10-29). Inúmeros trabalhos mostraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes (10,13-15,30-32). Em relação à história familiar, estudos revelaram que basta um caso familiar de glaucoma para aumentar significativamente a chance de o indivíduo desenvolver a doença. Segundo o Rotterdam Eye Study, a chance de um indivíduo com irmão doente de glaucoma desenvolver a doença é 9,2 vezes maior do que a população geral (10,33-35). A prevalência é três vezes maior e a chance de cegueira pela doença é seis vezes maior em indivíduos latinos e afrodescendentes em relação aos caucasianos. A prevalência de glaucoma primário de ângulo fechado é maior em indivíduos da etnia amarela, variando entre 3%-5% na população acima de 40 anos (10,14,15,31,36-39). Córneas com espessura mais fina (igual ou inferior a 555 micrômetros) subestimam a PIO, ao passo que córneas espessas superestimam essa medida. Os estudos são controversos sobre se a medida da paquimetria é um fator de risco independente da PIO ou se a medida da córnea mais fina subestima uma PIO aumentada que causa um dano glaucomatoso (10,21,40-54). Pressão de perfusão ocular diminuída é a diferença entre a pressão arterial e a PIO. Há estudos que sugeriram que uma baixa pressão sistólica (igual ou inferior a 125 mmHg) ou uma baixa pressão</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>diastólica(inferior a 50 mmHg) estão relacionadas a uma maior prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto(10,15,28,55-57).Há evidências crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabete mérito tipo 2aumenta significativamente a prevalência de glaucoma em diabéticos (10,58-67).O glaucoma primário de ângulo fechado ocorre mais frequentemente em indivíduos hipermétropes.Ademais, especula-se que pacientes com miopia axial possam ter um menor suporte escleral no nervo óptico, oque os tornaria mais vulneráveis ao dano glaucomatoso (10,68-76)A maioria dos casos não está vinculada a fatores relacionados aos genes, sugerindo que o danoglaucomatoso é multifatorial (10,77-80). Enxaqueca e vasoespasma periférico foram consistentementerelacionados como fatores de risco, ao passo que outras doenças vasculares (por exemplo, hipertensão arterialsistêmica) não tiveram associação confirmada (10,56,58,68,69,81-88).A triagem populacional para glaucoma não se mostrou custo-efetiva nos Estados Unidos da América. Elaparece ser mais útil quando focada em populações de risco, como idosos, pacientes com familiares glaucomatosose indivíduos latinos e afrodescendentes. No Brasil, há carência de estudos de custo-efetividade da triagem paraglaucoma (10,33,35,89-93).O tratamento clínico é tópico e semelhante nas diferentes formas de glaucoma. Entretanto, háparticularidades inerentes a cada uma delas que exigem tratamento individualizado, como os procedimentos252GlaucomaGlaucomacirúrgicos e a laser. Como resposta ao tratamento medicamentoso, devem ser considerados a PIOalvo,pressão na qual não há progressão</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>documentada do glaucoma, ou seja, não há aumento nem da escavação do nervo óptico nem de dano no campo visual; falha primária, redução da PIO inferior a 10% com o uso do hipotensor ocular após 4 semanas do início do tratamento; e falha terapêutica, redução da PIO superior a 10% com impossibilidade de atingir a PIO-alvo com o uso do hipotensor ocular após 4 semanas do início do tratamento ou progressão documentada mesmo atingindo a PIO-alvo inicial. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.</p> <p>3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• H40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto;</li> <li>• H40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado;</li> <li>• H40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular;</li> <li>• H40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular;</li> <li>• H40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;</li> <li>• H40.6 Glaucoma secundário a drogas;</li> <li>• H40.8 Outro glaucoma;</li> <li>• Q15.0 Glaucoma congênito.</li> </ul> <p>4 DIAGNÓSTICO</p> <p>a avaliação oftalmológica do paciente deve ser binocular e abordar os seguintes itens para o diagnóstico do glaucoma e para a determinação da sua gravidade (7-10, 94-96):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnese;</li> <li>• medida da acuidade visual (AV) com melhor correção;</li> <li>• exame pupilar para avaliação de reatividade à luz e procura de defeito pupilar aferente relativo;</li> <li>• biomicroscopia de segmento anterior para avaliação da profundidade da câmara anterior, de doenças corneanas ou de causas secundárias para aumento da PIO;</li> <li>• aferição</li> </ul>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>da PIO, idealmente medida com tonometria de aplanção de Goldmann, em diferentes dias e horários, para reconhecimento da flutuação diária; e • avaliação do nervo óptico e da camada de fibras nervosas (CFN) para o fornecimento de informações estruturais sobre o dano glaucomatoso. O nervo óptico deve ser avaliado com biomicroscopia de fundo e fundoscopia sob midríase e ser documentado, idealmente, com retinografia colorida binocular. As seguintes características devem ser avaliadas no exame do nervo óptico: a) formato e tamanho do disco óptico: a forma usual do disco óptico é oval, com grande variação de tamanho na população. Ambos os fatores influenciam outros parâmetros importantes para o diagnóstico, como a relação escavação/disco e avaliação do anel neural; b) tamanho e forma da escavação do disco óptico: a escavação normal costuma ser central arredondada ou ovalada. Uma escavação maior na vertical é fortemente indicativa de glaucoma, uma vez que menos de 7% dos olhos normais apresentam uma relação maior entre escavação e disco (E/D) no eixo vertical. Identifica-se a escavação pela deflexão dos vasos sanguíneos e pela visibilidade da lâmina cribiforme, sendo geralmente quantificada como uma fração decimal e idealmente avaliada nos sentidos vertical e horizontal. Na maior parte da população, a relação E/D é igual ou inferior a 0,4. Entretanto, em indivíduos normais, é possível encontrar-se relação E/D de até 0,8. Discos ópticos com maior diâmetro comportam uma escavação fisiológica maior. Portanto, deve-se sempre considerar o tamanho do disco para a aferição correta da escavação. A presença de assimetria de escavação é mais importante do que o</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>tamanho da escavação, uma vez que menos de 0,5% dos indivíduos normais apresenta assimetria acima de 0,2 (94,97,98);c) área e configuração do anel neural: o anel neural é a porção do disco óptico formada pelos axônios das células ganglionares retinianas, tecido glial e vasos sanguíneos, delimitado pela lamina cribiforme. As rimas superiores e inferiores do anel neural recebem mais axônios, sendo, portanto, maiores. A rima temporal recebe axônios exclusivamente da região macular, sendo, assim, menor. Diversos estudos mostraram que, independentemente do tamanho do disco óptico, os indivíduos saudáveis apresentam a rima inferior mais espessa, seguida da superior, nasal e temporal, originando, assim, a regra ISNT. A lesão glaucomatosa manifesta-se como afinamento do anel neural, que pode ser generalizado ou localizado. A perda generalizada pode ocorrer em até 44% dos olhos glaucomatosos sem prejuízo da regra ISNT, levando à dificuldade diagnóstica. A perda localizada aparece com a mesma frequência da generalizada, iniciando nas regiões temporal superior e temporal inferior, com o aumento da escavação vertical. A perda localizada pode-se estender, comprometendo inteiramente o tecido neural até o anel escleral, com exposição da lamina cribiforme. Esse tipo de perda localizada ou em chanfradura, também conhecido como notch, está fortemente associado ao glaucoma, mas não é patognômico desta doença. Outros achados, como palidez do disco óptico, também podem ser vistos, devendo ser realizado o diagnóstico diferencial com</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>neuropatias ópticas não glaucomatosas (94,97,99-101);d) configuração da lâmina cribiforme: a visibilidade dessa estrutura é maior quando há perda do tecido neural que a recobre, como no glaucoma, ou quando o disco óptico é grande. A perda glaucomatosa é maior nos polos superior e inferior do disco, estando associada a poros com diâmetros maiores nessas regiões, onde haveria menos tecido conjuntivo para sustentação. Outro achado que deve ser buscado é a fosseta de nervo óptico. A fosseta adquirida representa uma ectasia da lâmina cribiforme, devendo ser diferenciada da fosseta congênita, que é uma depressão localizada do disco óptico, geralmente presente na região temporal ou temporal superior do disco. A fosseta adquirida se relacionaria a danos mais graves do nervo óptico e estaria mais presente em olhos com progressão do glaucoma (94,102,103);e) região peripapilar: as atrofia retinianas peripapilares podem ocorrer em indivíduos normais, porém são associadas ao glaucoma. A atrofia na zona beta corresponde a uma área adjacente ao disco óptico onde são visualizados os vasos coroideanos e a esclera, correspondendo a perda quase total do epitélio pigmentado da retina e dos fotorreceptores. A atrofia na zona alfa circunda a zona beta, sendo visualizada como hipo- e hiperpigmentações que correspondem a variações na quantidade de melanina no epitélio pigmentado da retina. A zona beta é mais comum e extensa em olhos com glaucoma do que em olhos normais. Alguns estudos sugerem que, em olhos pequenos e com discos ópticos pequenos, a neuropatia óptica glaucomatosa pode ser detectada de maneira mais fácil pela atrofia peripapilar do que pela relação E/D (94,104-113);f) configuração dos</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>vasos sanguíneos do disco óptico: as alterações vasculares são aquelas relacionadas à posição dos vasos no disco óptico, tais como desnudamento do vaso circunlinear, vaso empassarela, a distância de saída do tronco vascular da retina, vaso em baioneta, vasos colaterais, além do estreitamento arteriolar difuso ou localizado. Hemorragias do nervo óptico podem ser encontradas no glaucoma, porém sua presença não é patognomônica. As hemorragias podem ser encontradas dentro do disco óptico, sobre a lâmina cribiforme, sobre o anel neural, ou na borda do disco óptico. São mais frequentes nas regiões temporal inferior ou temporal superior do disco óptico e nas regiões onde há maior perda neural, tendo sido relacionadas a defeitos de campo visual e à progressão do glaucoma. Há evidências de que as hemorragias do disco óptico são mais frequentes em pacientes com glaucoma de pressão normal do que nos com glaucoma primário de ângulo aberto. Apesar de as hemorragias do nervo óptico estarem presentes em outras condições, como hipertensão arterial, diabetes mérito ou descolamento posterior do vítreo, em estudos clínicos randomizados a presença de hemorragias do nervo óptico foi um dos fatores de risco mais importantes para a progressão do glaucoma (94,114-121). Se houver suspeita de glaucoma, exames devem ser realizados como forma de complementar a investigação diagnóstica (nos casos de glaucoma estabelecido, visam a auxiliar na definição etiológica e de gravidade). A gonioscopia avalia o ângulo iridocorneano, identificando a amplitude do ângulo da câmara anterior, o grau de pigmentação, a altura da inserção iriana e a configuração da</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>íris. O diagnóstico de glaucoma primário de ângulo aberto requer uma gonioscopia para excluir o fechamento angular e outras causas de aumento da PIO, tais como recessão angular, dispersão pigmentar, sinéquias anteriores periféricas, neovascularização de ângulo e precipitados inflamatórios (94). A paquimetria ultrassônica avalia a espessura corneana central e influencia na estimativa da PIO. Há controvérsia se a córnea fina é um fator de risco não influenciado pela PIO ou se está relacionado à medida da mesma. A espessura média corneana central varia conforme a etnia, estando situada entre 534-556 micrômetros. 254 Glaucoma Glaucoma Portanto, córneas com espessura menor tendem a subestimar a PIO, ao passo que as de espessura maior superestimam a medida (10). A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão. Programas que analisam os 24-30 graus centrais são utilizados de rotina na avaliação de danos glaucomatosos iniciais e moderados. Glaucomas com danos avançados necessitam de uma avaliação mais detalhada dos 10 graus centrais. Apesar de poder estar associado à perda difusa de sensibilidade, o glaucoma tipicamente provoca defeitos localizados de campo visual, como escotoma paracentral (superior ou inferior), aumento da mancha cega, degrau nasal (superior ou inferior) e escotoma arqueado (superior ou inferior). Vários critérios podem ser utilizados para realizar o diagnóstico de defeito de campo visual no glaucoma, não havendo consenso a respeito do melhor critério a ser adotado. Recomenda-se correlacionar as alterações</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>anatômicas visíveis do nervo óptico e da camada de fibras nervosas com os resultados obtidos no exame do campo visual. A identificação da progressão dos defeitos perimétricos pode ser feita pela observação de um dos seguintes eventos: surgimento de um novo defeito, aumento em extensão de área já alterada e aumento em profundidade de um defeito já estabelecido. Para avaliar a progressão, é fundamental escolher dois ou mais exames estáveis e confiáveis que serão considerados para compor um exame basal. Deve-se evitar a inclusão do primeiro exame devido à inconsistência de seus resultados. Não há indicação de outros exames como perimetria azul-amarela para avaliação de progressão de dano glaucomatoso já estabelecido. Todo defeito no campo visual deve ser compatível com a doença glaucomatosa e reprodutível (20,23,94,122-142). Deve ser realizada documentação do nervo óptico e análise da camada de fibras nervosas (CFN), conforme já referido, principalmente nos casos suspeitos ou confirmados de glaucoma. A retinografia colorida estereoscópica é superior à simples por permitir uma melhor quantificação do anel neural. O uso do filtro anérita contribui para uma melhor análise qualitativa da camada de fibras nervosas. Entretanto, a retinografia simples pode ser suficiente para o seguimento (94,143-152).</p> <p>5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (10,94-96) Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de glaucoma que apresentem pelo menos dois dos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO média sem tratamento acima de 21 mmHg;</li> <li>• dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); ou</li> <li>• campo visual</li> </ul>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>compatível com o dano ao nervo óptico. Serão tratados, segundo este Protocolo, pacientes com diagnóstico de glaucoma, observando os critérios de gravidade maiores ou menores. Critérios de gravidade menores (10,94-96):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO de 21-26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;</li> <li>• alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico entre 0,5-0,8; e</li> <li>• alteração no campo visual compatível com glaucoma sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos.</li> </ul> <p>Critérios de gravidade maiores (10,94-96):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO acima de 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;</li> <li>• cegueira por dano glaucomatoso em um olho;</li> <li>• alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico acima de 0,8;</li> <li>• comprometimento em 3 ou mais quadrantes ou dano nos 10 graus centrais em um dos olhos; e</li> <li>• progressão documentada do dano glaucomatoso em campimetria visual ou retinografia colorida a despeito do tratamento hipotensor.</li> </ul> <p>255 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Serão tratados, conforme este Protocolo, os pacientes que apresentarem uma das seguintes situações a seguir indicadas:</p> <p>Para monoterapia com timolol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientes com dois ou mais critérios de gravidade menores ou</li> <li>• pacientes com um critério de gravidade menor e um critério de gravidade maior.</li> </ul> <p>Para monoterapia com dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina (medicamentos de segunda linha):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falha primária ou contra-indicação ou reação adversa ao timolol.</li> </ul> <p>Para monoterapia com prostaglandina (latanoprost ou bimatoprost ou travoprost):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falha</li> </ul>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>primária ou terapêutica da associação de timolol e um medicamento de segunda linha (oudorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina);• falha primária ou terapêutica de medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida oubrimonidina); ou• dois ou mais critérios de gravidade maiores ou um maior e dois ou mais menores.Para uso da associação de timolol e medicamento de segunda linha (dorzolamida ou brinzolamidaou brimonidina):• falha terapêutica com timolol.Para uso da associação de timolol e prostaglandina (latanoprost ou bimatoprost ou travoprost):• falha terapêutica à monoterapia com prostaglandina.Para uso da associação de medicamentos de segunda linha e prostaglandina:• falha terapêutica com monoterapia medicamentosa de segunda linha.Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo defalha, substituindo-se a associação por monoterapia com prostaglandina. Caso o paciente tenha contraindicaçãoou falha primária com o uso de prostaglandina, deve-se tentar timolol com um ou mais medicamentos de segundalinha, desde que de classes diferentes. Se não for atingida a PIO-alvo, deve-se considerar a intervenção cirúrgica.Pacientes com PIO elevada que aguardam a realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgicapodem utilizar medicamentos adjuvantes, pela via oral, como acetazolamida, associada aos esquemas acimapreconizados. O agente hiperosmótico manitol poderá ser utilizado, em âmbito hospitalar, em pacientes comPIO elevada (por exemplo, glaucoma de fechamento angular), pois é muito efetivo e</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>reduz rapidamente a PIO. Por apresentar incidência elevada de efeitos adversos, a pilocarpina fica reservada, da mesma forma que acetazolamida, para pacientes com PIO elevada que aguardam a realização de procedimentos. Nos casos em que houver falha terapêutica com os medicamentos disponíveis, deve ser discutida a possibilidade de intervenção cirúrgica.</p> <p><b>6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b> Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou contra-indicação aos medicamentos preconizados.</p> <p><b>7 CASOS ESPECIAIS</b> Glaucoma congênito O glaucoma congênito é de tratamento primariamente cirúrgico (7). Nos casos em que, após a cirurgia, a PIO permanece elevada, o tratamento clínico preconizado neste Protocolo pode ser instituído de acordo com os critérios estabelecidos.</p> <p><b>256 Glaucoma</b> Glaucoma primário de ângulo fechado Neste tipo de glaucoma, há um fechamento parcial ou completo do ângulo da câmara anterior, decorrente de condições anatômicas que propiciam a aposição ou a adesão da periferia da íris à sua parede externa (goniossinéquias), com frequente elevação da PIO de forma aguda, subaguda ou crônica. O fechamento angular primário pode levar, em alguns casos, ao desenvolvimento de neuropatia óptica glaucomatosa. Quando não for possível identificar sem manobras de indentação o trabéculo pigmentado em 180 graus ou mais à gonioscopia, e não houver vestígios de toque iridotrabecular prévio, de goniossinéquias ou de neuropatia óptica glaucomatosa e a PIO encontrar-se normal, o paciente será classificado como suspeito de fechamento angular primário. Caso se evidencie toque iridotrabecular ou</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>goniossinéquias ou aumento da PIO, sem evidência de neuropatia glaucomatosa, o paciente será classificado como tendo fechamento angular primário. Caso haja neuropatia glaucomatosa, há glaucoma primário de ângulo fechado (153). Há quatro tipos básicos de mecanismos de fechamento angular primário: bloqueio pupilar, íris em platô, fechamento angular induzido pelo cristalino e associação de mecanismos (153). O tratamento básico, quando há bloqueio pupilar, baseia-se na criação de um pertuito que possibilite a comunicação do humor aquoso entre as câmaras anterior e posterior do olho, geralmente por meio de iridotomia a laser ou cirurgia fistulizante (7). Após o procedimento, é necessário avaliar a necessidade de medicamento tópico de uso contínuo, podendo o paciente ser incluído neste Protocolo (153). A íris em platô ocorre devido a uma maior espessura de sua periferia, sua inserção mais anterior ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares. Nessa condição, o ângulo é fechado pela periferia da íris, mesmo na presença de uma iridotomia patente (síndrome da íris em platô). Geralmente, esses olhos apresentam câmara anterior de profundidade normal na região central em contraposição à câmara rasa na periferia e ângulo estreito. A gonioscopia de indentação pode revelar uma dupla corcova, mecanismo que pode estar associado ao bloqueio pupilar. A síndrome de íris em platô é incomum. O diagnóstico definitivo é feito quando ocorre aumento da PIO provocado pelo fechamento angular agudo em um olho com iridotomia patente. O tratamento pode requerer iridoplastia periférica a laser, uso contínuo de mióticos (pilocarpina) e, caso persista o aumento pressórico, cirurgia</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>fistulizante(trabeculectomia) (153). O fechamento angular induzido pelo cristalino pode requerer facectomia associada ou não a cirurgia fistulizante, podendo o paciente necessitar de medicamentos hipotensores tópicos, de uso contínuo, conforme os critérios estabelecidos neste Protocolo (153). Glaucoma secundário Nos pacientes com glaucoma secundário, deve ser tratada a causa básica de aumento da PIO e, caso seja necessário, iniciado o tratamento clínico visando a reduzir a PIO de acordo com os critérios terapêuticos estabelecidos neste Protocolo. Removida a causa básica, deve ser reavaliada a necessidade de se manter o tratamento contínuo. Hipertensão ocular (HO) A HO é definida como uma PIO aumentada (acima de 21 mmHg) na ausência de perda de campo visual ou de dano glaucomatoso no nervo óptico. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios: a) PIO média sem tratamento acima de 21 mmHg; b) ângulo aberto à gonioscopia; c) ausência de dano ao nervo óptico típico com perda da rima neuroretiniana; d) ausência de defeitos de campo visual; e) ausência de causa secundária para elevação da PIO. A HO tem uma prevalência estimada de 3%-5%, sendo considerada um fator de risco para conversão para glaucoma primário de ângulo aberto. Há evidência de que a redução da PIO em pacientes com HO diminui a progressão para a doença glaucomatosa, existindo, porém, controvérsia, na Europa e nos Estados Unidos da América, no que tange ao custo-efetividade do tratamento. Os principais fatores associados à conversão para glaucoma primário de ângulo aberto são idade, etnia negra, PIO aumentada, exfoliação em pacientes com mais de 65 anos de idade,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>miopia, diabetes<sup>257</sup>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas<sup>mélio</sup>, história familiar de glaucoma e espessura corneana diminuída.O Ocular Hypertension Treatment Study (OHTS) (40) foi um estudo multicêntrico, randomizado,prospectivo, delineado para determinar a eficácia da terapia tópica ocular em prevenir ou retardar o aparecimentode glaucoma em pacientes hipertensos oculares. Os pacientes tinham PIO de 24-32 mmHg em um dos olhose de 21-32 mmHg no outro, com o restante do exame normal. Foram recrutados 1.636 pacientes entre 40-80anos. O objetivo do tratamento era a redução da PIO para abaixo de 24 mmHg e ao menos 20% menor quea medida basal. O desfecho primário era o desenvolvimento de glaucoma primário de ângulo aberto, definidocomo alteração campimétrica ou no nervo óptico. Em relação aos resultados, o grupo tratado obteve reduçãomédia de 22,5%, enquanto o grupo controle obteve redução de 4%. A probabilidade cumulativa de desenvolverglaucoma 60 meses após o início do estudo foi de 4,4% nos tratados e de 9% nos controles: uma redução de50%. Assim, mais de 90% dos hipertensos oculares não desenvolveram glaucoma. Os fatores preditivos parao desenvolvimento de glaucoma foram idade aumentada, maior relação E/D, maior pattern standart deviation(PSD) à campimetria visual, PIO aumentada, hemorragia de disco e espessura corneana diminuída, que foi aprincipal associação com o desenvolvimento da doença glaucomatosa (10,40,94-96,154). Este Protocolo não recomenda o tratamento de hipertensos oculares. Caso o paciente com hipertensão ocular apresente danoem campo visual ou escavação de nervo óptico</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>compatível com os critérios de inclusão deste Protocolo, ele deverá ser tratado. Glaucoma de pressão normal É definido como a presença de dano glaucomatoso associado a uma PIO normal. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios: a) PIO média sem tratamento igual ou inferior a 21 mmHg; b) ângulo aberto à gonioscopia sem achados patológicos; c) dano ao nervo óptico típico com perda da rima neuroretiniana; d) campo visual compatível com o dano ao nervo óptico; e) ausência de causa secundária para elevação da PIO. O Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study (19,20) randomizou 140 pacientes portadores de glaucoma de pressão normal em um grupo de tratamento e em um grupo controle. O desfecho primário era a progressão da doença glaucomatosa. Os pacientes elegíveis ao estudo tinham dano glaucomatoso no disco óptico e defeitos de campo visual. A idade variou entre 20-90 anos. O objetivo do tratamento era reduzir a PIO em 30% pelo menos, com medicamentos tópicos, trabeculoplastia e trabeculectomia. Quanto aos resultados, uma redução de 30% em relação aos valores basais foi alcançada por 50% do grupo medicamento, trabeculoplastia a laser ou ambos. A progressão ocorreu em 12% dos olhos tratados e em 35% dos controles. Na análise por intenção de tratar, não foi observado benefício no tratamento. O efeito benéfico da diminuição da PIO somente apareceu após ser corrigido o dano em campo visual secundário à formação de catarata. A progressão do dano no grupo tratado pode ser explicada pelo avanço da doença independentemente da PIO e pela impossibilidade de ter sido atingida a PIO-alvo (10,19,94-96). Este Protocolo recomenda</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>o tratamento de pacientes com glaucoma de pressão normal, desde que preenchidos os critérios de inclusão. 8 TRATAMENTO</p> <p>objetivo primário do tratamento de glaucoma é a redução da PIO. Nos últimos anos, inúmeros estudos evidenciaram a eficácia dessa conduta na redução das taxas de progressão da doença. Antes do início do tratamento, deve ser realizado exame oftalmológico completo com a documentação do nervo óptico com retinografia binocular colorida, campimetria visual, paquimetria, avaliação do fundo de olho e medição da PIO basal, sendo recomendadas as aferições em dias diferentes e considerada a de maior valor. Os pacientes devem repetir a medição da PIO quatro semanas após o início ou a modificação do tratamento. Nesse mesmo período, é necessária a escolha da PIO-alvo para o paciente, definida como uma PIO na qual não há progressão documentada da doença. Seu valor inicial geralmente é 25%-30% inferior a toda PIO basal, porém, dependendo de alguns fatores, pode ser diferente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO basal: quanto menor a PIO pré-tratamento, menor a PIO-alvo;</li> <li>• gravidade da doença: quanto maior o dano glaucomatoso pré-tratamento, menor a PIO-alvo;</li> <li>• taxa de progressão: quanto maior a progressão, menor a PIO-alvo;</li> <li>• idade e expectativa de vida: quanto mais jovem o paciente, menor a PIO-alvo;</li> <li>• 258 Glaucoma Glaucoma</li> <li>• presença de outros fatores agravantes (exfoliação, hemorragias de disco): quanto maior o número de fatores que pioram o prognóstico da doença, menor a PIO-alvo (10,94-96). O efeito hipotensor ocular e o possível efeito adverso do fármaco escolhido devem ser avaliados em curto prazo, em</li> </ul>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>média quatro semanas após início do uso (10,94-96). Na maior parte dos estudos, a intervenção não se restringe aos medicamentos tópicos, tendo sido empregados procedimentos cirúrgicos e a laser. Entretanto, este Protocolo restringe-se a estabelecer condutas medicamentosas. O Early Manifest Glaucoma Treatment Study (EMGT) foi um ensaio clínico randomizado que comparou tratamento versus não tratamento para avaliar a eficácia da redução da PIO em GPAA inicial. Os objetivos secundários foram buscar fatores associados à progressão da doença e sua história natural. Foram selecionados 255 pacientes, totalizando 316 olhos. Os pacientes tratados foram submetidos a trabeculoplastia a laser associada ao uso de betaxolol tópico. O desfecho primário foi a progressão da doença em campimetria visual ou em nervo óptico. Em relação aos resultados, uma diminuição de 25% da PIO basal (média pré-tratamento de 20,6 mmHg) reduziu o risco de progressão em 50%. O risco de progressão diminuiu em 10% a cada 1 mmHg reduzido dos valores pré-tratamento. A maioria das progressões ocorreu em campimetria visual. A progressão da doença variou de forma significativa entre os pacientes, havendo muitos que não tiveram avanço da doença mesmo sem tratamento. O risco de progressão foi menor com uma PIO pré-tratamento mais baixa e com uma menor diminuição inicial da PIO no início do tratamento. Os pacientes tratados tiveram uma incidência significativamente maior de catarata do que os pacientes-controle. A síndrome pseudoexfoliativa foi um fator independentemente associado à piora do dano glaucomatoso. Análises posteriores mostraram que a córnea de espessura fina foi</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>um fator de risco para a progressão da doença e que uma pressão arterial baixa foifator de risco para glaucoma de pressão normal. A flutuação da PIO não foi associada à progressão. Portanto, o estudo mostrou que a redução da PIO foi efetiva em pacientes com GPAA, GPN e síndrome pseudoexfoliativa, além de sugerir que, em pacientes com glaucomas leves e de baixo risco de progressão, é possível apenas a observação, sem dar início ao tratamento, desde que garantido um acompanhamento regular (22,23,28,95,129,155). O European Glaucoma Prevention Study (EGPS) foi um estudo multicêntrico, randomizado, duplocego, controlado por placebo, que objetivou definir a eficácia do uso de dorzolamida em comparação a placebo em prevenir ou retardar o GPAA em pacientes com HO. Os pacientes tinham de 30 a 80 anos, PIO de 22 a 29 mmHg em pelo menos um olho, campos visuais normais e discos ópticos normais. Foram excluídos os com AV inferior a 20/40 em um dos olhos, cirurgia intraocular prévia ou qualquer outra doença que pudesse causar perda de campo visual ou dano ao nervo óptico. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: dorzolamida e placebo. Os desfechos primários foram mudança na campimetria visual e no nervo óptico. Foram alocados 1.081 pacientes com um acompanhamento médio de 55 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o medicamento e o placebo, tanto no efeito hipotensor quanto nas taxas de progressão da doença (95,155,156). O Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study (CIGTS) selecionou 607 pacientes com diagnóstico recente de GPAA, comparando tratamento tópico com</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>trabeculectomia. Os desfechos primários foram perda em campo visual e escores de qualidade de vida. Os desfechos secundários foram AV, PIO e formação de catarata. Em relação aos resultados, a diminuição da PIO com medicamentos (35%) foi tão efetiva quanto a cirurgia (48%) para inibir a progressão em campo visual, apesar de redução com o tratamento tópico (média de 17-18 mmHg) ter sido inferior à obtida pela cirurgia (14-15mmHg). Os escores de qualidade de vida foram melhores no grupo do tratamento tópico, e a incidência de catarata aumentou no grupo dos medicamentos (6%) e no grupo da cirurgia (17%) (95,157). O Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS) foi um ensaio clínico randomizado que avaliou pacientes com glaucoma avançado sem controle da doença com a terapia tópica máxima. Foram selecionados 591 pacientes entre 35 e 80 anos, totalizando 789 olhos. A randomização dividiu-os em dois grupos sequenciais de tratamento: grupo 1 trabeculoplastia a laser com argônio – trabeculectomia – trabeculectomia (ATT, em inglês) e grupo 2 trabeculectomia – trabeculoplastia a laser com argônio – trabeculectomia (TAT, em inglês). A segunda e a terceira intervenções somente eram realizadas caso as primeiras tivessem falhado. Os olhos selecionados eram fálicos, com PIO igual ou superior a 18 mmHg, 259 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do glaucomatoso em campo visual e AV mínima de 20/80. Pacientes com escore mean deviation (MD) abaixo de 16 dB em campo visual foram excluídos. O acompanhamento variou de 4 a 10 anos. Em relação aos resultados, olhos com PIO média acima de 17,5 mmHg nos primeiros 18 meses do</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>estudo mostraram piora significativa em campo visual comparados a olhos com PIO abaixo de 14 mmHg; ademais, essa piora foi intensificada como passar do tempo. Olhos com todas medidas de PIO abaixo de 18 mmHg no acompanhamento de 6 anos não mostraram aumento do dano campimétrico inicial. Olhos que não obtiveram PIO abaixo de 18 mmHg em todas as visitas tiveram uma perda campimétrica adicional, sugerindo que PIO baixa e pequena flutuação da PIO estão associadas a menor risco de progressão do glaucoma. No acompanhamento de 7 anos, os olhos do grupo TAT obtiveram maior redução da PIO, e a probabilidade de falha da primeira intervenção foi maior no grupo ATT. Os resultados variaram conforme a etnia: pacientes afro-americanos tiveram menos perda visual campimétrica no grupo ATT, com uma redução pressórica de 30%, ao passo que pacientes caucasianos inicialmente responderam melhor à ATT, porém, a partir dos 4 anos de acompanhamento, passaram a ter o melhor resultado com TAT, com redução de 48% da PIO. Após trabeculectomia, a probabilidade cumulativa em 5 anos de formação de catarata chegou a 78%. Essa intervenção retardou a progressão mais efetivamente em caucasianos do que em afrodescendentes. Muitos pacientes continuaram a progredir a despeito de uma PIO baixa, enquanto outros mantiveram uma PIO alta, apesar de fazerem uso de todo tratamento disponível. Idade jovem e PIO pré-intervenção aumentada foram associadas a maior índice de falha da trabeculoplastia e da trabeculectomia. A falha da trabeculectomia foi também associada a diabetes melito e a complicações operatórias, como PIO aumentada e inflamação relevante. No grupo que obteve a redução pressórica maior (47%),</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>houve efeito positivo em impedir a piora do dano glaucomatoso, mostrando que a redução pressóricadiminui o avanço da doença (24,85,95).Em suma, após análise dos diferentes trabalhos, conclui-se que a redução pressórica é benéfica tantoem pacientes hipertensos oculares como em portadores de GPAA; PIO baixa é protetora contra a perdavisual significativa; muitos pacientes não obtêm benefício do tratamento hipotensor e, para alguns, uma maiorredução na PIO não significa maior proteção; a grande maioria dos hipertensos oculares não progride paraGPAA; redução de 20% da PIO pode não ser suficiente para prevenir a progressão de HO para GPAA; apaquimetria ultrassônica é imprescindível para o controle da HO; existe uma grande variação individual narelacão entre redução da PIO e progressão da doença; redução pressórica maior (40%-50%) é necessária noglaucoma estabelecido e, principalmente, no glaucoma avançado; todas as formas de tratamento aumentama incidência de catarata, especialmente após intervenções cirúrgicas; a taxa de progressão aumenta com otempo; redução pressórica maior no início do tratamento tem efeito favorável na progressão a longo prazo;o objetivo do tratamento não precisa ser necessariamente ausência de progressão da doença, mas um nívelreduzido que garanta ao paciente a qualidade visual necessária relacionada a sua expectativa de vida; e éimportante diferenciar entre risco de progressão, que pode ou não necessitar de tratamento, e progressão,que pode ou não necessitar de tratamento dependendo da possibilidade de piora na qualidade de vida e naqualidade visual (10,19,22-24,28,85,94-96,154-157).Os fármacos mais usados na redução da PIO são,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>em sua maioria, tópicos, na forma de colírio, e podem ser classificados em cinco categorias principais: betabloqueadores, parassimpaticomiméticos, agonistas alfaadrenérgicos, inibidores da anidrase carbônica e análogos das prostaglandinas e prostamidas. Betabloqueadores Os betabloqueadores tópicos são uns dos principais medicamentos no tratamento do glaucoma. Seu mecanismo de ação baseia-se na redução da produção do humor aquoso por meio da atuação nos processos ciliares, na perfusão capilar e na inibição da produção de monofosfato cíclico de adenosina (AMPC) estimulada pelas catecolaminas (7). Os betabloqueadores não seletivos (timolol, levobunolol, metipranolol, carteolol, pindolol) reduzem a PIO em média em 25%, ao passo que os beta-1 seletivos (betaxolol, metoprolol) possuem ação hipotensora reduzida (162,163). Os betabloqueadores não seletivos são preferíveis, pois são mais efetivos. O timolol é o mais estudado, apresentando mais forte evidência da eficácia hipotensora entre os betabloqueadores não seletivos. Os levobunolol e metipranolol estão disponíveis comercialmente, porém são de custo mais elevado e evidência de eficácia hipotensora mais restrita. Os carteolol e pindolol não estão disponíveis no Brasil (94). 260 Glaucoma Glaucoma O maleato de timolol, um antagonista beta-1 e beta-2 adrenérgico, é a primeira escolha de tratamento em diversos países. Inúmeros estudos confirmaram a eficácia da monoterapia nos pacientes glaucomatosos. Segundo recente revisão sistemática da Cochrane, os betabloqueadores foram os únicos entre todos os medicamentos tópicos disponíveis que tiveram eficácia</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>comprovada em prevenir a deterioração em campo visual em hipertensos oculares, evitando o surgimento de neuropatia glaucomatosa. Porém, como 90% dos pacientes com HO não desenvolvem glaucoma (17,20,23,40-154), este Protocolo não recomenda o uso com essa finalidade. Com o tratamento contínuo, a resposta ao medicamento, em muitos pacientes pode decrescer, por meio de dois fenômenos distintos. O escape a curto prazo ocorre em pacientes que obtiveram diminuição importante da PIO após início do medicamento. Transcorridos alguns dias de uso, há elevação da PIO, que se mantém em platô. Desta forma, convém aguardar um mês para determinar se o paciente é respondedor ao medicamento. O escape em longo prazo ocorre entre três meses e um ano após a introdução de timolol. A interrupção temporária e a reintrodução do medicamento podem, em alguns casos, fazer retomar a eficácia hipotensora (7, 158-164). O maleato de timolol é comumente agregado a outras classes de medicamentos a fim de retardar a progressão do glaucoma. Em associação aos inibidores da anidrase carbônica, aos agonistas alfa-adrenérgicos e às prostaglandinas e prostamidas, o maleato de timolol tem efeito aditivo hipotensor, podendo ser associado a qualquer classe de medicamentos, com eficácia comprovada em diferentes estudos (7,165-176). Os efeitos adversos são divididos em oculares e sistêmicos. A toxicidade ocular manifesta-se por ceratopatia punctata, hipoestesia corneana, reações alérgicas e erosões corneanas recorrentes. A toxicidade sistêmica é mais frequente que a ocular. Em relação ao sistema cardiovascular, já foram descritos episódios de bradicardia, arritmia,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>infarto e síncope, todos relacionados à diminuição da contratilidade miocárdica pelo bloqueio dos receptores beta-1. Os efeitos respiratórios, como espasmos brônquicos e obstrução das vias respiratórias, estão relacionados à inibição dos receptores beta-2 que ocasiona contração da musculatura brônquicalisa. Os efeitos no sistema nervoso central também podem ocorrer, tendo sido citadas depressão, ansiedade, alucinações e sonolência. Efeitos diversos, como alterações dermatológicas (alopecia e erupções maculopapulares) e gastrointestinais (náusea e vômitos) também são relatados (7). As contra-indicações ao uso dos betabloqueadores são hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos, história de asma brônquica ou doença pulmonar obstrutiva grave, além de bradicardia sinusal, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro grau, choque cardiogênico e propensão a insuficiência cardíaca (7). Parassimpaticomiméticos Os parassimpaticomiméticos, também chamados de mióticos ou colinérgicos, foram os primeiros a ser utilizados no tratamento do glaucoma. O principal representante da classe é a pilocarpina. Seu mecanismo de ação hipotensora baseia-se no aumento do escoamento do humor aquoso por contração da musculatura ciliar e deslocamento do esporão escleral, aumentando os espaços de drenagem intertrabeculares. A pilocarpina reduz o escoamento uveoescleral, podendo aumentar a PIO em olhos dependentes dessa via para drenagem do humor aquoso. Após instilação, a concentração máxima no humor aquoso é atingida em 20 minutos, com redução média de 20% na PIO. A pilocarpina</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>apresentaefeito hipotensor; entretanto, o alto índice de efeitos adversos limita sua indicação (7,177). Os efeitosadversos oculares com o uso de pilocarpina são comuns e podem interferir na qualidade de vidoado paciente e na adesão ao tratamento. Espasmo no músculo ciliar pode ocasionar cefaleia frontal,que usualmente é autolimitada. Miose é um dos efeitos mais marcantes, podendo levar à formaçãode sinéquias posteriores e, raramente, à oclusão pupilar. A miopia é induzida pela acomodação pordeslocamento anterior do cristalino, geralmente em jovens fácicos. Foi relatado um efeito cataratogênicocom o uso desse medicamento, além de descolamento de retina causado por tração vitreoretiniana.Cistos pigmentados de íris, buraco macular e toxicidade corneana também são efeitos adversosdescritos. As reações adversas sistêmicas são raras, representadas pelo efeito muscarínico do fármacoem diferentes sistemas (7,177).261Protocolos Clínicos e Diretrizes TerapêuticasA pilocarpina é contraindicada para pacientes hipersensíveis ou intolerantes a ela e para pacientes comuveítes anteriores ativas, rubeosis iridis, bloqueio pupilar, glaucoma congênito e doença pulmonar avançada (7,177).Agonistas alfa-adrenérgicosOs agonistas alfa-adrenérgicos são utilizados no tratamento do glaucoma há várias décadas. A brimonidina,que apresenta seletividade para os receptores alfa-2, praticamente substituiu os fármacos não seletivos. Essaseletividade proporciona menor quantidade de efeitos colaterais relacionados com os medicamentos maisantigos. O estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos está associado com menor produção do humor aquosopor</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>vasoconstrição e redução do fluxo sanguíneo do corpo ciliar. Os alfa-agonistas reduzem a PIO tanto pela diminuição da produção de humor aquoso quanto pelo aumento da drenagem pela via uveoescleral (7,177,178). A brimonidina é um agente efetivo no tratamento crônico do glaucoma. Para a obtenção do máximo efeito hipotensor ocular, recomenda-se sua utilização três vezes ao dia. Quando comparada aos demais medicamentos utilizados no tratamento do glaucoma, apresenta efeito hipotensor médio inferior às prostaglandinas, ao maleato de timolol e aos inibidores da anidrase carbônica. Seu uso está principalmente indicado após procedimentos em que há aumento súbito da PIO, como a iridotomia a laser. Pode ser associada a qualquer classe de medicamentos tópicos, com efeito aditivo hipotensor, desde que esteja de acordo com a orientação de tratamento deste Protocolo (158,167,170-175,179-187). Além da redução da PIO, a brimonidina apresenta possível efeito neuroprotetor por meio da redução de perdidas células ganglionares. Entretanto, ainda não há evidências que justifiquem seu uso com esse propósito (188). Os efeitos adversos mais comuns são alergia ocular, folículos conjuntivais e edema palpebral, os quais podem se manifestar até 18 meses após início da terapia. Casos de uveíte anterior granulomatosa também foram descritos na literatura. Os efeitos sistêmicos incluem xerostomia, fadiga, sedação, sonolência e cefaleia, mais comuns nos extremos de idade. Por atravessar a barreira hematoencefálica e poder causar depressão pronunciada do sistema nervoso central, a brimonidina deve ser evitada em crianças com menos de 12 anos (7,178). Está contraindicada para pacientes com</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>hipersensibilidade ou intolerância ao tartarato de brimonidina ou qualquer um dos componentes da fórmula, bem como para pacientes em tratamento com fármacos inibidores da monoamino oxidase (MAO) (7,178). Inibidores da anidrase carbônica Os inibidores da anidrase carbônica são utilizados para o tratamento de glaucoma desde os anos de 1950, com o advento da acetazolamida. Posteriormente, foram pesquisadas formas tópicas do medicamento, lançadas no mercado mundial na década de 1990. A produção ativa de humor aquoso depende, em parte, da ação de enzimas que causam hidratação de dióxido de carbono resultando em bicarbonato. Esse processo é dependente da enzima anidrase carbônica, presente nas células não pigmentadas do epitélio ciliar, o qual participa na formação do humor aquoso. Sua inibição está associada à redução da produção do humor aquoso e consequente diminuição da PIO (7). Os inibidores da anidrase carbônica são divididos em sistêmicos e tópicos. A acetazolamida, medicamento de administração sistêmica, foi lançada como hipotensora ocular em 1954. Seu papel principal reside nas situações de emergência, quando a PIO está demasiadamente aumentada, tendo efeito mais rápido e efetivo (7). Os inibidores da anidrase carbônica tópicos disponíveis no mercado são a dorzolamida e a brinzolamida. A dorzolamida a 2% é recomendada na posologia de três vezes ao dia. A fim de aumentar a adesão ao tratamento, costuma ser prescrita na dose de duas vezes diárias. Reduz a PIO entre 14,7%-27% após 2 horas e entre 12,9%-17,5% após 8 horas. Nas 24 horas, há redução média de 18%-22%. Apresenta eficácia semelhante à do</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>maleato de timolol a 0,5%, inferior à das prostaglandinas e superior à dos alfa-agonistas. Estudos mostraram que, quando administrada duas vezes ao dia, apresenta efeito aditivo na redução da PIO em pacientes usuários de timolol. A combinação fixa de timolol a 0,5% e dorzolamida a 2% está disponível comercialmente, com vários estudos demonstrando equivalência ao uso isolado dos fármacos e efeito hipotensor semelhante ao da monoterapia com prostaglandina (7,1 65-170,175,179-181). A brinzolamida a 1% apresenta eficácia semelhante à da dorzolamida. Em estudo comparativo entre dois medicamentos, administrados três vezes ao dia, a média de redução da PIO foi de 20,1% para ambos (7,189). 262 Glaucoma Glaucoma Os inibidores da anidrase carbônica tópicos costumam causar poucas reações adversas oculares, sendo a principal a blefarconjuntivite alérgica. Sensação de gosto amargo, visão turva, dermatite periorbitária e reações de hipersensibilidade também foram descritas. Em pacientes com glaucoma primário ou hipertensão ocular, a espessura média corneana aumentou após uso de dorzolamida, porém sem significância clínica. Em pacientes com córnea gutata, o uso de dorzolamida por pequeno período de tempo foi associado a um aumento estatisticamente significativo na espessura central corneana. Portanto, os inibidores da anidrase carbônica tópicos devem ser utilizados com cautela em pacientes com disfunção endotelial corneana (7,178). Esses medicamentos estão contraindicados para pacientes com hipersensibilidade ou intolerância a eles. Não é recomendado o uso concomitante de inibidores da anidrase carbônica tópicos com a administração por via</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>oral. Análogos das prostaglandinas e prostamidas. Os análogos das prostaglandinas e, posteriormente, as prostamidas, são os medicamentos mais recentes para o tratamento clínico do glaucoma. São derivados da prostaglandina F<sub>2</sub>alfa. Atuam aumentando a atividade das metaloproteinases, o que leva a alterações na matriz extracelular, permitindo, assim, maior escoamento do humor aquoso através da via uveoescleral (7). Os três principais representantes dessa classe são a latanoprost e a travoprost, análogos das prostaglandinas, e a bimatoprost, representante das prostamidas. Essa classe de medicamentos é a de maior efeito hipotensor no tratamento dos doentes de glaucoma. É utilizada em dose única noturna, pois a maioria dos estudos demonstra superioridade em relação à dose única matinal. Quando associados a um colírio de timolol, são utilizadas igualmente em dose única noturna, com efeito semelhante ao do uso isolado de ambos os medicamentos. Podem ser associados a qualquer classe de medicamentos, otimizando o controle pressórico no paciente glaucomatoso dada sua significativa eficácia. A latanoprost a 0,005% foi a primeira prostaglandina de uso clínico para tratamento de glaucoma. É utilizada em dose única noturna, diminuindo a PIO média em torno de 30%. Paralelamente à sua eficácia no tratamento de hipertensos oculares e de glaucomatosos, foi também analisada em pacientes pediátricos e em doentes de glaucomas primários de ângulo fechado, com resultados positivos em ambos os grupos. Apresenta eficácia hipotensora semelhante à da combinação de dorzolamida e timolol. A travoprost a 0,004% é similar a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>latanoprost, com alguns estudos sugerindo maior eficácia primeira na redução da PIO em indivíduos de pele preta, quando comparados com os de pele branca. A bimatoprost a 0,03% é similar a latanoprost, causando maior hiperemia conjuntival e menor incidência de cefaleia e pigmentação iriana (165,166,168, 169,176, 179-181, 186, 190-203). Os principais efeitos relatados do uso dessa classe de medicamentos estão relacionados a efeitos locais (oculares e perioculares). Hiperemia ocular é a manifestação mais comum, sendo sua prevalência semelhante entre os análogos das prostaglandinas. É mais frequente nas prostamidas, possivelmente devido à afinidade aumentada aos receptores EP1 (hiperemia inflamatória), assim como pela maior concentração em relação aos demais medicamentos. Outros efeitos relatados são aumento da pigmentação iriana e periorcular e do crescimento dos cílios. O estímulo da melanogênese é mais frequente com alguns dos medicamentos da classe e resulta em problemas estéticos do que desconfortáveis ou incapacitantes. Embora o aumento da pigmentação iriana seja permanente, o da pigmentação periorcular e o crescimento dos cílios revertem após a suspensão do medicamento. A principal preocupação quanto à toxicidade corneana, em olhos tratados com análogos de prostaglandina, relaciona-se aos em pacientes com história de ceratite por herpes simples. Há relatos de casos em que houve reativação após uso de latanoprost e bimatoprost. Portanto, é aconselhável iniciar tratamento hipotensor de outra classe nesses pacientes. Epiteliopatia dendrítica e erosões do epitélio corneano, sinais de toxicidade, também foram descritas. Os</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>efeitos inflamatórios intraoculares também foram referidos: raros casos de uveíte anterior, responsivos à terapia esteroide, além de edema macular cistoide. Portanto, 263 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas recomenda-se precaução para os pacientes com glaucoma uveítico e para os com fatores de risco para doença inflamatória retiniana. Os efeitos adversos sistêmicos são praticamente inexistentes. Apesar disso, os medicamentos devem ser evitados em mulheres férteis que não usam contraceptivos ou em gestantes, pois não se sabe seu efeito na musculatura lisa uterina. Embora as concentrações plasmáticas sejam baixas, a possibilidade teórica de aborto não pode ser descartada. Esses medicamentos estão contraindicados para pacientes que apresentem hipersensibilidade, contraindicação ou intolerância aos componentes da fórmula (7,177,178).</p> <p>8.1 FÁRMACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timolol: solução oftálmica a 0,5%</li> <li>• Dorzolamida: solução oftálmica a 2%</li> <li>• Brinzolamida: suspensão oftálmica a 1%</li> <li>• Brimonidina: solução oftálmica a 0,2%</li> <li>• Latanoprost: solução oftálmica a 0,005%</li> <li>• Travoprost: solução oftálmica a 0,004%</li> <li>• Bimatoprost: solução oftálmica a 0,03%</li> <li>• Pilocarpina: solução oftálmica a 2%</li> <li>• Acetazolamida: comprimido de 250 mg</li> <li>• Manitol: solução intravenosa a 20%</li> </ul> <p>8.2 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timolol: 1 gota no olho, 2 vezes ao dia</li> <li>• Dorzolamida: 1 gota no olho, 2-3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia</li> <li>• Brinzolamida: 1 gota no olho, 2-3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia</li> <li>• Brimonidina: 1 gota no olho, 2-3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia</li> <li>• Latanoprost: 1 gota no</li> </ul>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>olho, 1 vez por dia (à noite)• Travoprostá: 1 gota no olho, 1 vez por dia (à noite)• Bimatoprostá: 1 gota no olho, 1 vez por dia (à noite)• Pilocarpina: 1 gota no olho de 6 em 6 horas• Acetazolamida: 1 comprimido VO de até 6 em 6 horas• Manitol: 1,5-2 g/kg de peso por via intravenosa de 8/8 horas8.3 TEMPO DE TRATAMENTOComo o glaucoma é uma doença incurável, o tratamento é contínuo, sem duração pré-determinada,daí os doentes necessitarem de adequado acompanhamento oftalmológico. Quando o tratamento clínico éineficaz, intolerável ou não conta com a adesão do paciente, a cirurgia antiglaucomatosa deve ser considerada para fins de controle da doença. Pode ser retirado algum hipotensor, caso seja obtido controle pressórico eestabelecida a ausência de progressão da doença, ou seja, quando o dano ao nervo óptico consegue ser mantido e o campo visual permanece; porém, constatada progressão da doença, o tratamento medicamentoso deve ser retomado (10,31,94-96).8.4 BENEFÍCIOS ESPERADOS Espera-se que, com o início da terapia hipotensora, os pacientes obtenham diminuição da PIO até atingirem a PIO-alvo.9 MONITORIZAÇÃO A monitorização do paciente é fundamental para controle da doença. Sendo o glaucoma uma afecção crônica, assintomática e com necessidade de uso de múltiplos medicamentos, a relação médico-paciente tem uma importância fundamental (10,94-96).264 Glaucoma Glaucoma Recomendam-se os seguintes critérios para o acompanhamento (10): PIO-alvo atingida Progressão do dano Duração do controle (em meses) Acompanhamento (em meses) Sim Não Igual ou inferior a 6 6 Sim Não Acima de 6 12 Sim Sim NA 1-2 Não Sim NA 1-2 Não Não NA</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>3-6NA = não se aplica. Duração do controle = tempo no qual o paciente teve a doença controlada, ou seja, sem progressão.</p> <p>Acompanhamento = intervalo de tempo máximo entre as avaliações. A avaliação consta do exame do paciente, da documentação do nervo óptico (preferencialmente com retinografia binocular colorida) e da campimetria visual. Pacientes com glaucoma avançado podem necessitar de avaliações mais frequentes. Os intervalos propostos para o acompanhamento correspondem ao tempo máximo recomendado entre as consultas oftalmológicas (10,94).<sup>10</sup></p> <p>REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, aduração e a monitorização do tratamento bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso e do acompanhamento pós-tratamento. O diagnóstico, a indicação terapêutica, a prescrição de medicamento(s) e o acompanhamento devem ser realizados exclusivamente por médicos oftalmologistas. Atentar para mudança da legislação vigente sobre o fornecimento dos medicamentos para uso tópico ocular, que são, na data da publicação deste Protocolo, fornecidos pelos estabelecimentos de saúde e ressarcidos por APAC, como procedimentos, mas que estão previstos para migrar e integrar o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no SUS e passarão a ser fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.<sup>11</sup></p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TERÉ obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos benefícios, potenciais riscos e efeitos colaterais ao uso</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>dos medicamentos preconizados neste Protocolo. O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p>12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Van Buskirk EM, Cioffi GA. Glaucomatous optic neuropathy. <i>Am J Ophthalmol.</i> 1992;113:447-52.</li> <li>2. Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. <i>Br J Ophthalmol.</i> 1996;80:389-93.</li> <li>3. Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. <i>Bull World Health Organ.</i> 1995;73:115-21.</li> <li>4. Ghanem C. Levantamento de casos de glaucoma em Joinville - Santa Catarina, 1984. <i>Arq bras oftalmol.</i> 1989;52:40-3.</li> <li>5. Medina NH, Barros OMD, Muñoz EdH, Magdaleno RL, Barros AJDd, Ramos LR. Morbidade ocular em idosos da cidade de São Paulo-SP, Brasil. <i>Arq bras oftalmol.</i> 1993;56:276-83.</li> <li>6. Sakata K, Sakata LM, Sakata VM, Santini C, Hopker LM, Bernardes R, et al. Prevalence of glaucoma in a South Brazilian population: Projeto Glaucoma. <i>Invest Ophthalmol Vis Sci.</i> 2007;48:4974-9.</li> <li>7. Allingham RR, Damji KF, Freedman SF, Moroi SE, Rhee DJ, Shields B. Shields Textbook of Glaucoma. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &amp; Wilkins; 2005.</li> <li>8. Schulzer M, Drance SM, Carter CJ, Brooks DE, Douglas GR, Lau W. Biostatistical evidence for two distinct chronic open angle glaucoma populations. <i>Br J Ophthalmol.</i> 1990;74:196-200.</li> <li>9. Caprioli J. The treatment of normal-tension glaucoma. <i>Am J Ophthalmol.</i> 1998;126:578-81.</li> <li>10. American Academy of Ophthalmology Glaucoma Panel [Internet]. Preferred Practice Pattern Guidelines. Primary Open-Angle Glaucoma, 2010. Available from: <a href="http://one.aao.org/preferred-practice-pattern/primary-265">http://one.aao.org/preferred-practice-pattern/primary-265</a></li> </ol> <p>Protocolos Clínicos e</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>Diretrizes Terapêuticas open angle glaucoma - ppp - october-2010</p> <p>11. Dielemans I, Vingerling JR, Wolfs RC, Hofman A, Grobbee DE, de Jong PT. The prevalence of primary open-angle glaucoma in a population-based study in The Netherlands. The Rotterdam Study. <i>Ophthalmology</i>. 1994;101:1851-5.</p> <p>12. Sommer A, Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt J, et al. Relationship between intraocular pressure and primary open angle glaucoma among white and black Americans. The Baltimore Eye Survey. <i>Arch Ophthalmol</i>. 1991;109:1090-5.</p> <p>13. Mitchell P, Smith W, Attebo K, Healey PR. Prevalence of open-angle glaucoma in Australia. The Blue Mountains Eye Study. <i>Ophthalmology</i>. 1996;103:1661-9.</p> <p>14. Leske MC, Connell AM, Schachat AP, Hyman L. The Barbados Eye Study. Prevalence of open angle glaucoma. <i>Arch Ophthalmol</i>. 1994;112:821-9.</p> <p>15. Quigley HA, West SK, Rodriguez J, Munoz B, Klein R, Snyder R. The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER. <i>Arch Ophthalmol</i>. 2001;119:1819-26.</p> <p>16. Leibowitz HM, Krueger DE, Maunder LR, Milton RC, Kini MM, Kahn HA, et al. The Framingham Eye Study monograph: An ophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration, and visual acuity in a general population of 2631 adults, 1973-1975. <i>Surv Ophthalmol</i>. 1980;24:335-61.</p> <p>17. Klein BE, Klein R, Sponsel WE, Franke T, Cantor LB, Martone J, et al. Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study. <i>Ophthalmology</i>. 1992;99:1499-504.</p> <p>18. Weih LM, Nanjan M, McCarty CA, Taylor HR. Prevalence and predictors of open-angle glaucoma: results from the visual impairment project. <i>Ophthalmology</i>. 2001;108:1966-72.</p> <p>19.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				Comparison of glaucomatous progression between untreated patients with normal-tension glaucoma and patients with therapeutically reduced intraocular pressures. Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study Group. Am J Ophthalmol. 1998;126:487-97. 20. The effectiveness of intraocular pressure reduction in the treatment of normal-tension glaucoma. Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study Group. Am	
27/07/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, Fibromialgia		
27/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
27/07/2017	Paciente	Muito boa	Não		
28/07/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, Não tive acesso, o link está quebrado...		
28/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Inclusão de abordagem: incorporação de práticas integrativas e complementares no manejo da dor crônica na APS.		
28/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Inclusão de abordagem: incorporação de práticas integrativas e complementares no manejo da dor crônica na APS.		
29/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
30/07/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Focar e discutir na questão da dor total (emocional, social, física e espiritual) Terapias integrativas no cuidado à pessoa com dor crônica e doença falciforme		
30/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
31/07/2017	Paciente	Regular	Sim, Como se trata de um protocolo de dor crônica deve ser falado tbm da Fibromialgia		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
31/07/2017	Interessado no tema	Regular	Sim, entendo que seja apreciável incluir/citar possíveis estratégias que possam ser desenvolvidas na Atenção Básica para contemplar o empoderamento do usuário diante seu processo de minimizar os malefícios da dor crônica. Por exemplo: grupos de autoajuda; rodas de conversa temáticas, atividades educativas que estimulem movimentos e interações sociais; integração com as práticas integrativas, entre outras	não.	<a href="#">Clique aqui</a>
31/07/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
31/07/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
01/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Incluir auriculoterapia como terapia adjuvante para controle da dor.		
01/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não		
01/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	nao	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, Como qualificar as equipes de atenção básica para acompanhar pessoas com dor crônica e em cuidados paliativos?R- A qualificação pode se dar através de fóruns, oficinas, seminários, teleconsultorias, além de matriciamento por especialistas nas USF.Qual os principais efeitos colaterais, interações e contra indicações das terapias farmacológicas para a dor crônica?R- Os analgésicos gerais podem gerar sonolência dificultando as atividades físicas e demais ações em grupo; os opióides podem gerar prurido, sonolência e constipação intestinal, os corticoides podem gerar retenção de líquidos, alterações pressóricas e distúrbios psiquiátricos a depender da dose e tempo de tratamento, os AINE podem gerar sangramento digestivo e alterações da função renal, além de possibilidade de reações alérgicas.Quais as orientações para as gestões municipais deverão ser realizadas para possibilitar o manejo adequado da dor crônica na APS/AB?R- Formação de grupo de trabalho – AB, AE, NASF e EQUIPE TECNICA – para elaboração/adequação de protocolo medicamentoso e não medicamentoso para manejo da dor, treinamento das ESF, estruturação de fluxo de referencia e contra referência e monitoramento das ações desenvolvidas.</p>	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, Quais são as dimensões a serem consideradas no cuidado da pessoa com dor crônica na APS/AB?R- Importante avaliar as questões do contexto familiar e social, questões psicológicas e econômicas na avaliação da pessoa com dor crônica, além das questões orgânicas. Quais as classificações mais adequadas para o entendimento e abordagem da dor crônica na APS/AB?R- Dor leve, moderada e grave associada ou não à dor neuropática, localizada ou generalizada, associada ou não a outros sinais sistêmicos. Quais as principais causas/etiologias da dor crônica na APS/AB?R- Chikungunya, dores reumáticas, fibromialgia, alterações vasculares, alterações ortopédicas. Como, a partir da APS/AB, o processo de trabalho, a coordenação do cuidado e a regulação, pode ser organizado para a abordagem integral da dor crônica?R- A APS faz o acolhimento, identifica a provável causa da dor crônica, pode iniciar o manejo da dor conforme protocolo para as dores classificadas como leves e moderadas, não associadas a dor neuropática, discute e organiza o cuidado multiprofissional com o NASF e encaminha, de forma regulada, para as especialidades, conforme a necessidade. Quais as estratégias para prevenção primária da dor crônica na APS/AB?R- Estimulação de hábitos saudáveis de vida, formação de grupos para discussão de causas principais de dor crônica, inserção de usuários em programas de atividade física, de saúde mental, interlocução com o CAPS. Quais as tecnologias de cuidado para tomada de decisão na abordagem integral da dor crônica na APS/AB?R- O acolhimento, como estratégia de aproximação equipe-usuário, reuniões de grupo para integração e encaminhamentos de demandas, trabalho em equipe e com olhar multiprofissional, interlocução com a atenção especializada na realização de PTS, monitoramento sistemático das ações contidas no PTS. Quais as melhores evidências disponíveis relacionadas ao manejo da dor crônica na APS/AB?R- Em Recife, foi elaborado protocolo com a participação da AB, AE e equipe técnica, iniciativa que marcou positivamente a integração entre os serviços fortalecendo fluxos. Como melhorar a qualidade</p>	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/08/2017	Profissional de Boa saúde		<p>de vida das pessoas nos diferentes graus de efetividade no manejo da dor crônica na APS/AB?R- A partir da prática de hábitos saudáveis de vida, discussão em grupos e atendimento/acompanhamento multiprofissional com ação interdisciplinar.Como qualificar as equipes de atenção básica para acompanhar pessoas com dor crônica e em cuidados paliativos?R- A qualificação pode se dar através de fóruns, oficinas, seminários, teleconsultorias, além de matriciamento por especialistas nas USF.Qual os principais efeitos colaterais, interações e contra indicações das terapias farmacológicas para a dor crônica?R- Os analgésicos gerais podem gerar sonolência dificultando as atividades físicas e demais ações em grupo; os opióides podem gerar prurido, sonolência e constipação intestinal, os corticoides podem gerar retenção de líquidos, alterações pressóricas e distúrbios psiquiátricos a depender da dose e tempo de tratamento, os AINE podem gerar sangramento digestivo e alterações da função renal, além de possibilidade de reações alérgicas.Quais as orientações para as gestões municipais deverão ser realizadas para possibilitar o manejo adequado da dor crônica na APS/AB?R- Formação de grupo de trabalho – AB, AE, NASF e EQUIPE TECNICA – para elaboração/adequação de protocolo medicamentoso e não medicamentoso para manejo da dor, treinamento das ESF, estruturação de fluxo de referencia e contra referência e monitoramento das ações desenvolvidas.</p>	Acho que deveriam consultar e envolver os hospitais universitários como o HC-UFPR tem um equipe que trata a dor com muita experiência	
04/08/2017	Profissional de Muito boa saúde		Não	Importante deixar claro que as UBS fazem parte da Ras e da Rau sendo a porta de entrada TB para as urgências, e quanto melhor preparados estiverem os profissionais para a classificação das necessidades da população adscrita melhor será o desfecho.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Importante deixar claro que as UBS fazem parte da Ras e da Rau sendo a porta de entrada TB para as urgências, e quanto melhor preparados estiverem os profissionais para a classificação das necessidades da população adscrita melhor será o desfecho.	
04/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, ADESÃO AO TRATAMENTO. (ANALGESIA, TRICÍCLICOS ETC...)TERAPIA DA DOR ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, CRIAR PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DOR CRÔNICA PARA UNIDADES BÁSICAS. INTRODUÇÃO DE FITOTERAPÊUTICOS.		
04/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Como avaliar a dor... escalas que facilitem o profissional! Métodos farmacológicos e não farmacológicos para manejo da dor .		
05/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	não o texto estar bem claro e objetivo.	
06/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sugiro que a família seja contemplada nas questões norteadoras e no protocolo.	Acredito que a dimensão espiritual , além das outras, necessita ser contemplada durante a conversa coma pessoa e família com dor crônica. Além disso , sugiro incluir as terapias integrativas neste proocolo	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	ACREDITO QUE OS PROTOCOLOS SÃO UM GRANDE AVANÇO AO TRABALHO EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA, POIS NORTEIAM E GARANTEM AUTONOMIA AS PROFISSÕES POSSIBILITANDO UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL RESPALDADO. SABE-SE DA DIFICULDADE DE CIDADES DE PEQUENO PORTE CONFECCIONAREM SEU PRÓPRIO PROTOCOLO E A CRIAÇÃO DESTES PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PROMOVE UMA ATENÇÃO QUALIFICADA ATÉ MESMO NESSAS CIDADES.GOSTARIA DE SABER QUAL A FORMA LEGAL DE IMPLANTAR OS MESMO NOS MUNICÍPIOS? QUAL O CAMINHO A SER SEGUIDO PARA TAL.AGRADEÇO A COMPREENSÃO E SE POSSÍVEL INFORMAÇÃO PARA QUE ESTE E OS DEMAIS PROTOCOLOS VENHAM CONTRIBUIR LEGALMENTE PARA A MINHA ASSISTÊNCIA NO MUNICÍPIO AO QUAL TRABALHO.	
08/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Abordagem da dor crônica em patologias com este quadro clínico recorrente como oncologia.		
09/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Incluir mais explicitamente sobre o cuidado humanizado, política nacional de práticas integrativas e complementares como ferramenta para despertar o autocuidado e indentificação da origem das sintomatologias de dor.	Sobre se adotar o olhar naturológico para o interagente em todos os níveis biopsicosociais que podem se encontrar essa dor, e transformar a forma como se lida com o sofrimento.	
09/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Seria fundamental abordar as terapias complementares como práticas de alívio das dores crônicas, como o escalda pés, acupuntura, ioga, etc. E a possibilidade de implementação dessas práticas por equipe multiprofissional capacitada na atenção básica e atenção secundária.		
10/08/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não	A DOR crônica tem que ser reconhecida e dar importância devida pois só quem tem essa patologia sabe o quanto limita nossas atividades e impacta diretamente na qualidade de vida.	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/08/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não	A DOR crônica tem que ser reconhecida e dar importância devida pois só quem tem essa patologia sabe o quanto limita nossas atividades e impacta diretamente na qualidade de vida.	
14/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, 1) identificação e classificação de dor crônica. Como identificar a dor como crônica?2) como mapear, agrupar e classificar os usuários com dor crônica.		
14/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
15/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Considero muito importante que o documento aborde sobre a peculiaridade da dor em idosos, pois embora apresente alta prevalência entre idosos, não pode ser considerada normal da idade. Muitos estudos apontam que as pessoas idosas tem tolerância reduzida à dor. Outro ponto importante é que o déficit cognitivo ou de comunicação dificultam o diagnóstico de dor no idoso frágil, que muitas vezes expressa por agitação psicomotora ou confusão mental por exemplo.	
16/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Excelente a proposta Com certeza nos norteará de uma forma mais eficiente no acolher/cuidar de pessoas com dor crônica. Parabéns pela iniciativa.	
16/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
17/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não	Atuo em dor e, em especial em Fibromialgia há mais de 20 anos. Sou professor universitário e titular de Reumatologia da PUCSP. Tendo preocupação com o tema, escrevi em 2010 uma proposta de tto para dor crônica musculoesqueléticas em UBS que anexo a esse comentário. Entendo que possa ser uma contribuição para a discussão que me parece complexa pela diversidade de condições de atendimento das UBS no território brasileiro.	<a href="#">Clique aqui</a>
18/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Cursos de educação continuada, ministrados por profissionais experientes no manejo da dor, são de suma importância para habilitar os profissionais da atenção primária. O diagnóstico correto e a utilização adequada das medicações analgésicas, sem dúvida constituirão uma economia significante n para o sistema de saúde.	A possibilidade dos profissionais da rede publica contar com mais possibilidades de analgésicos opióides fracos, antidepressivos duais e gabapentinóides.	
18/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
19/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Alterar o OBJETIVO subdividindo-o em OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Sim. Acrescentar avaliação da dor para pessoa que sofrem de demência tipo Alzheimer(ou outras demencias).E, sobre a importância do cuidador na identificação/avaliação da dor crônica em pessoas com quadro demencial.	<a href="#">Clique aqui</a>
19/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria que fosse incluído uma orientação sobre uma comum condição dolorosa na atenção primária, a fibromialgia. O diagnóstico de fibromialgia é clínico, podendo ser aplicados questionários simples e um exame físico para afastar outras condições dolorosas.O tratamento da fibromialgia é principalmente não-farmacológico, com educação e atividade física aeróbica.Além disso, o atual protocolo não inclui duas medicações que foram estudadas em estudos randomizados e agem em vários domínios em pacientes com fibromialgia, como a duloxetina, a pergabalina e o tramadol.		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
20/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
20/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Como adaptar o paciente com dor ao trabalho? Como readaptar o paciente em caso de mudança de atividade para o trabalho atual? Um grave problema é a inadequação do trabalho, condições de trabalho. Precisamos mudar essa visão. Levar a sério e prevenir patologias. O que acontece hoje é uma grande máscara de faz de conta. Quando pesquisamos o que está atrás da patologia fica quase impossível tratar.	Não	
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Estratégias de logísticas p conseguir abordagens multidimensionais e multiprofissionais para o manejo da dor crônica. Quando não estamos inseridos em centros de atendimento integral, o manejo multidimensional é muito difícil e prejudicado.		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, A Portaria SAS/MS no 1.083 - 02/10/2012 deveria incluir pelo menos uma opção de tratamento com opioides potente que pudesse ser administrado pela via transdérmica, uma vez que alguns pacientes em fase avançada da enfermidade não mais conseguem ingerir analgésicos. Entendo que esses medicamentos (como fentanil e buprenorfina) tendem a ter custo maior que os de administração VO, mas os custos de internação para tais pacientes, além da perda de qualidade de vida, são mais expressivos.		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Incluir um tópico que é necessário o tratamento multidisciplinar, muitas vezes acompanhamento de psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, e outros profissionais da saúde para ajudar o médico no controle da dor crônica.	Enfatizar que há possibilidades de se fazer controle da dor fora do âmbito APS, uma vez que não se consiga ter sucesso no controle da dor, para encaminhar para centros especializados onde realiza-se procedimentos intervencionistas, bloqueios anestésicos com melhora na qualidade de vida inclusive para pacientes em cuidados paliativos.	
21/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Sociedade médica	Muito boa	Não	As Sociedade Brasileira de Reumatologia através da sua Comissão de Dor, Fibromialgia e outras Lesões de Partes Moles tem se dedicado ao tema dessa consulta pública e gostaria de enviar os documentos anexos com sua contribuição. Segue também artigos para análise. José Eduardo Martinez - presidente da comissão de dor, fibromialgia e outras lesões de partes moles.	<a href="#">Clique aqui</a>
21/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	A elaboração do PAB dor crônica por si já constitui um grande avanço contudo acho fundamental que agregado ao protocolo exista também um planejamento bem definido de divulgação e implementação do PAB assim como disponibilização pelo SUS de terapias não medicamentosas que fazem muita diferença na abordagem da dor crônica	<a href="#">Clique aqui</a>
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, importância da Anamnese .	Ausência de RELATÓRIO MÉDICO.	
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
21/08/2017	Paciente	Muito boa	Sim, OS PACIENTES COM DOR CRÔNICA, DEVERIAM SER TRATADOS COMO ALTA COMPLEXIDADE E TER PRIORIDADES NOS ATENDIMENTOS.	SOMOS TRATADOS COMO UM PACIENTE QUALQUER , QUANDO CHEGAMOS COM FORTES DORES EM HOSPITAIS E PSFS.	
21/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
21/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Não sei se está previsto dentro da elaboração deste Protocolo, mas, sugiro acrescentar propostas de Reabilitação destes pacientes/trabalhadores portadores de Dor Crônica, visando, desta forma, a progressiva reintegração social destes cidadãos.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	<p>Sim, 1. Quais são as dimensões a serem consideradas no cuidado da pessoa com dor crônica na APS/AB? O paciente com dor crônica deve ser avaliado como um todo, já que a dor tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes devido à limitação funcional gerada. 2. Quais as classificações mais adequadas para o entendimento e abordagem da dor crônica na APS/AB? Temporalmente: Dor aguda &lt; 3 meses, Dor crônica &gt; 3 meses. Intensidade: leve (1-3), moderada (4-6), grave (7-10), Característica: nociceptiva, neuropática, mista, disfuncional. 3. Quais as principais causas/etiologias da dor crônica na APS/AB? Uma das principais causas de dor é a Síndrome Dolorosa Miofascial, presente em cerca de 85% dos casos de dor crônica em Centros de Dor. O diagnóstico é clínico através da anamnese/exame físico. Quanto as queixas mais comuns são dores musculoesqueléticas como: dores em coluna (cervicalgia, dorsalgia e lombalgia), tendinopatias, osteoartrite, fibromialgia. 4. Como, a partir da APS/AB, o processo de trabalho, a coordenação do cuidado e a regulação, pode ser organizado para a abordagem integral da dor crônica? Deve ser organizado através de uma equipe interdisciplinar que inicialmente faça a triagem do padrão de dor do paciente para poder organizar um fluxograma de encaminhamento de grupos de tratamento para poder otimizar o resultado funcional dos doentes. 5. Quais as estratégias para prevenção primária da dor crônica na APS/AB? Educação da população através de palestras sobre conceitos básicos, como: orientação da posição de dormir, alongamentos, medidas físicas como gelo e calor, orientar sobre a importância dos exercícios físicos de maneira gradativa. 6. Quais as tecnologias de cuidado para tomada de decisão na abordagem integral da dor crônica na APS/AB? 7. Quais as melhores evidências disponíveis relacionadas ao manejo da dor crônica na APS/AB? Existem diversos estudos demonstrando que o melhor tratamento para pacientes com dor crônica é através de equipes interdisciplinares e com tratamento multimodal. 8. Como melhorar a qualidade de vida das pessoas nos diferentes graus de efetividade no manejo</p>	<p>Conceitos importantes devem ser utilizados, como:- não usar anti-inflamatórios esteroidais e não-esteroidais em dores crônicas devido a ineficácia documentada na literatura e aos efeitos adversos que são lesivos aos pacientes com o uso prolongado.- utilização da escada analgésica da OMS- utilização de instrumentos de rastreamento de dor neuropática, como o DN4</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Especialista no Boa tema do protocolo		<p>da dor crônica na APS/AB? A dor crônica tem um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, atrapalhando o ânimo, trabalho, família, sono, etc. Então a idéia do tratamento das dores crônicas é melhorar a dor para poder reabilitar o paciente e reintegrar ele na sociedade.9. Como qualificar as equipes de atenção básica para acompanhar pessoas com dor crônica e em cuidados paliativos? Desenvolver cursos de capacitação em dor para as equipes, buscando parceria com hospitais escola, industria farmacêutica, associações de dor como a SBED.10.Quais os principias efeitos colaterais, interações e contra indicações das terapias farmacológicas para a dor crônica? Cada medicamento tem as suas particularidades de efeitos colaterais, contudo a resposta de efeitos adversos é muito individual. Exemplos dos medicamentos mais usados na prática de dor crônica: anti-depressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina) - boca seca, obstipação, sonolência, ganho de peso. Anti-depressivos duais: náuseas, insônia. Anti-convulsivantes gabapentinóides: tontura, sonolência Opióides: náuseas, obstipação, sonolência, prurido. Emplastro de lidocaína 5%: prurido.11. Quais as orientações para as gestões municipais deverão ser realizadas para possibilitar o manejo adequado da dor crônica na APS/AB? Educação dos profissionais de saúde em dor, que é a principal falha no tratamento da dor crônica em todo mundo, inclusive em países desenvolvidos. Além disso, formação de equipes interdisciplinares de dor para um melhor resultado no tratamento. Elaboração de um guia básico de tratamento para dor crônica por comite de especialistas de Centros de Dor, sociedades médicas.</p>	<p>Este tipo de tratamento já é regulamentado pela ANVISA, mas devido o elevado custo e ainda nao fazer parte da diretriz, só pode ser feito por pacientes que tenham a possibilidade de arcar com custos que superam R\$4000,00/mês.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Gostaria de parabenizá-los pela iniciativa e dizer que é de fundamental importância a abordagem multiprofissional da dor e capacitação dos profissionais da APS para a abordagem ao indivíduo com dor crônica, extrapolando a abordagem medicamentosa, incluindo as não medicamentosas inclusive as PICs.	
22/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Somos a Câmara técnica de dor do crefite 2 (Conselho de fisioterapia do rio) e gostaríamos de detalhar o que pontuamos como resposta as perguntas do escopo.	
22/08/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Inclusão da cannabis para tratamento de dores e na qualidade de vida dos pacientes	Numerosos estudos comprovam a eficácia do tratamento terapêutico. que substituiu remédios alopáticos com efeitos colaterais deveras mais devastadores que a planta.	
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Muito importante esse instrumento, espero que a implementação funcione efetivamente como material de consulta de forma sistêmica aos profissionais de saúde. E também revisões periódicas com vistas à efetivação dos princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Primária.	
22/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Somos da Câmara técnica de dor do crefite, gostaríamos de nos disponibilizar para participar e discutir o escopo, assim como detalhar os itens apontados por nós as perguntas do escopo o que por falta de tempo, infelizmente não o puxamos fazer. Atenciosamente,	<a href="#">Clique aqui</a>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	É importante sempre verificar se as dores são relacionadas ao trabalho. As causas mais frequentes que podem desencadear doenças são a utilização de técnicas incorretas de trabalho, o uso de ferramentas, de mobiliário e de máquinas inadequadas, a repetitividade, a ausência de pausas e de rodízios de funções, além de fatores psicossociais como, por exemplos, estresse, insatisfação com o trabalho e baixo suporte familiar e social.	
22/08/2017	Outra	Muito boa	Não		
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Sugiro que seja dado destaque ao determinante "trabalho". A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) mostra que dores nas costas, membros superiores e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho são a segunda e terceira maiores causas de incapacidade (deixaram de fazer atividades habituais por motivo de saúde - gráfico 18). Estima-se que 3,5 milhões de pessoas têm diagnóstico de LER/DORT diagnosticado por médico. Isso vai ao encontro das informações coletadas nos CERESTs de todo o país - LER / Dort são as doenças mais frequentemente atendidas nos CERESTs e a maior demanda proveniente da atenção básica. Na intenção de melhorar o acesso dos cidadãos, a identificação, notificação e prevenção desses agravos, foram incluídos na lista de Agravos de Notificação no SINAN, havendo um protocolo específico já desenvolvido e voltado à AB. Nesse sentido, importante incluir o determinante TRABALHO no olhar da AB e não apenas no olhar dos centros de referência.		<a href="#">Clique aqui</a>
22/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Secretaria Municipal de Saúde	Boa	Sim, Considerando a prevalência de dor relacionada ao trabalho atendida na atenção básica e as informações trazidas pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013), deve-se aprimorar a abordagem da atenção básica quanto ao determinante "TRABALHO". Nesse sentido, sugerimos dar destaque às LER/DORT, lombalgias e dores neuromusculares relacionadas ao trabalho. Tanto no diagnóstico quanto nas medidas de intervenção sobre os ambientes de trabalho - as mais simples podem e devem ser incorporadas pela AB e pelas equipes de saúde da família	Gráfico 18 da PNS (2013) mostra dor nas costas e dores em MMSS - DORT como segunda e terceira causas que mais causaram incapacidade por motivo de saúde - deixar de realizar atividades habituais por doença diagnosticada por médico. A partir dessa informação, estudo feito pela Fundacentro infere que haja 3,5 milhões de pessoas no país com diagnóstico de DORT confirmado por médico. Sem o reconhecimento do trabalho como determinante e sem as necessárias ações nos locais de trabalho, não conseguiremos reduzir a prevalência dessas doenças.	<a href="#">Clique aqui</a>
22/08/2017	Secretaria Municipal de Saúde	Muito boa	Sim, orientações sobre a dor crônica relacionada ao trabalho em movimentos intensos e repetitivos e / ou posturas inadequadas		
22/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, questão do sofrimento psíquico em função da dor.confesso que fiz uma leitura rápida a respeito.	infelizmente pouco tempo para contribuição	
22/08/2017	Outra	Boa	Sim, Pressupostos e princípios do PAB:Contemplar o trabalho como determinante social da dor crônica.Abordagens incluídas:Contemplar as principais causas/etiologias na dor crônica relacionada ao trabalho (Ex: postura inadequada, excesso de carga/peso, movimentos repetitivos, ruídos e vibrações em alta intensidade).Perguntas norteadoras:4. Propor fluxos que incluam equipes de vigilância em saúde.5. Incluir a vigilância de ambientes e processos de trabalho inseridos no território.8. Incluir a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.9. Buscar o apoio matricial dos Cerest e ou das referências técnicas em saúde do trabalhador.		<a href="#">Clique aqui</a>
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Dor crônica relacionada ao trabalho- Ergonomia, pesquisas e dados estatístico a respeito	não	
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Inclusão:Quais as melhores estratégias para melhorar a adesão ao tratamento integral da dor crônica?Qual a melhor estratégia para comunicação e discussão de caso entre os membros da APB/AB e o especialista em hospital terciário?Qual a melhor forma de promover a educação do paciente para a sua doença?Quais as orientações para as gestões municipais deverão ser realizadas para possibilitar o manejo adequado do paciente em cuidados paliativos no seu domicílio?		
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	tema muito bom	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Empresa	Regular	<p>Sim, 1. Quais são as dimensões a serem consideradas no cuidado da pessoa com dor crônica na APS/AB?</p> <p>Segundo a IASP (International Association for the Study of Pain), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tecidual potencial ou real, ou descrita pelo paciente em termos desse dano. A dor crônica, por sua vez, é definida por aquela que persiste além do tempo de recuperação normal do tecido, em média três meses. Tal definição ainda não é a ideal e tem sido substituída por outras, como a que leva em consideração três dimensões: intensidade, duração e impacto (incapacidade de comportamento disfuncional), dor contínuo ou intermitente, com frequente ou recente busca de um tratamento ou uso de medicação analgésica 1,2. Sua prevalência depende de definição e métodos de avaliação, mas estima-se uma faixa de 7,6% a 45%; mulheres são mais acometidas que homens. Entre 10% e 15% da população “sofre” com dor crônica, sugerindo que um contingente ainda maior “sofra” em silêncio ou realiza o auto manejo dos sintomas 3,4. O doloroso crônico não é alguém que apenas tem dor por longo tempo, mas que está envolvido pela dor. Mesmo para os profissionais mais voltados para a produção da ciência biomédica, a dor crônica não é apenas um problema de transmissão nervosa, neurotransmissores, canais de sódio ou qualquer outra ultra-micro-estrutura que se possa encontrar; a dor crônica é simultaneamente física e emocional, biológica e fenomenologicamente incorporada 5. A dor crônica leva a um profundo impacto na vida prática do paciente e na sua identidade, ao ser frequentemente associada à perda de autoestima e controle da própria vida, além de ter também implicações de ordem econômica, social e interpessoal. A dor crônica e a perda funcional a ela associada podem levar à perda de emprego, que por sua vez traz consequências graves econômicas e de papéis sociais. A dor crônica frequentemente perturba o sono, que por sua vez traz impacto relevante no humor, no bem-estar psicológico e nas atividades físicas 3,4. Dores crônicas podem ter um grande impacto na habilidade de funcionamento de uma pessoa, entretanto essa relação</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>não é universal tampouco unidimensional. Enquanto algumas outras se tornam bastante incapacitada 2,6.1. Alves Neto, Onofre; Costa, Carlos Maurício de Castro; Siqueira, José Tadeu T.; Teixeira, Manoel Jacobsen e col. Dor Princípios e Prática. Ed. Artmed. 2008.2. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência da dor crônica em adultos. Rev Brás Enfermagem 2006; 59: 509-513.3. Jorge LL. Incapacidade e Dor. 8º Simbidor: arquivos 2007. p.139-141.4. Rabini A, Aprile I, Padua L, et al. Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. Eura Medicophys 2007, 43: 49-54.5. Lima MAG, Neves RF, Tirone M, Nascimento AMD, Britto F. Ampliação da Funcionalidade em Doentes com Dor Crônica. 8º Simbidor: arquivos 2007. p. 122-124.6. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspectives on chronic pain. In: Turk DC, Gatchel RJ (eds.). Psychological Approaches to Pain Management, New York: The Guilford Press; 2002. p. 3-29. Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais, e mais de três quartos consideram-na limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (Teixeira et al.12, 2001). Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem pelo menos um problema significativo de saúde que os predisponha à dor (Pimenta e Teixeira1, 2000). A dor crônica encontra-se entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, incapacidades, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (Salvetti e Pimenta14, 2007).1. Pimenta C, Teixeira M. Dor no idoso In: Duarte YAO, Diogo MJE, editors. Atendimentodomiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 373-87.12. Teixeira M, Teixeira W, Santos F, Andrade D, Bezerra S, Figueiro J, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Rev med (São Paulo) 2001 80(ed.esp.,pt.1):1-21.14. Salvetti MdG, Pimenta CAdM.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Dor crônica e a crença de auto-eficácia. Rev Esc Enferm USP 2007 mar.;41(1):135-40.2. Quais as classificações mais adequadas para o entendimento e abordagem da dor crônica na APS/AB? A dor é tipicamente classificada em termos de fisiopatologia e é descrita como síndromes dolorosas nociceptivas, inflamatórias ou neuropáticas2:1) Classificações da Dor2,3a) Classificação:i) Dor Nociceptiva:(1) Somática: bem localizada, constante. Exemplos: Feridas no pós-operatório imediato, estiramentos musculares;(2) Visceral: mal localizada e geralmente em estruturas profundas. Exemplos: Prisão de ventre, apendicite inicial.ii) Dor Inflamatória:(1) Bem localizada, porém com mediadores inflamatórios que potencializam a dor. Exemplos: Artropatias, artrites, vasculopatias isquêmicas, queimaduras, feridas no pós-operatório tardio.iii) Dor Neuropática: Qualidade elétrica (Queimação, lancinante, em punhalada, vibrátil, em formigamento) ou associada a parestesia ou alteração de temperatura. Sensibilidade anormal. Exemplo: Neuralgia pós-herpética, dor do membro fantasma, dor torácica pós-toracotomia, neuropatia diabética.iv) Presença de diferentes tipos de dor ao mesmo tempo. Exemplo: Cervicobraquialgia, lombociatalgia, dor oncológica, neuropatia compressiva, radiculopatia cervical, torácica e lombar É necessário determinar o mecanismo fisiopatológico subjacente para que sejam definidas as opções de tratamento mais adequadas.62. Roenn, J. H., Paice, J. A., Preodor, M. E. Lange - Current Diagnóstico e Tratamento – Dor. Mc Graw Hill. 20093. <a href="http://www.iasp.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&amp;Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&amp;ContentID=1728#Pain.6">http://www.iasp.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&amp;Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&amp;ContentID=1728#Pain.6</a>.6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Adult Cancer Pain Version 2.2014.3. Quais as principais causas/etiologias da dor crônica na APS/AB? Poucos são os estudos epidemiológicos brasileiros sobre dor crônica em idosos residentes na comunidade. Na análise de um inquérito de saúde do Estado de São Paulo, dados dos indivíduos com mais de</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>60 anos apontaram prevalência de 30% de dor lombar, sem detalhamento das características dessa dor 8. Estudo com idosos residentes na comunidade também em São Paulo, com amostra de 361 indivíduos, encontrou prevalência de 5,5% de fibromialgia, 14,1% de dor generalizada, 54,6% de dor regional ou em um segmento do corpo e somente 27,7% não referiram dor alguma 9.8. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Pública 2009; 25:314-21.9. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in communitydwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. Maturitas 2010; 67:251-5. Considerando-se diversos estudos, nota-se que as prevalências variam, para dores em geral de 33% 25 a 87,2% 28, dependendo dos critérios para definição da dor crônica e amostra investigada. Para dor lombar, a variação dos estudos vai de 21,6% a 36,6% 26,29,30; membros inferiores, os valores observados são de 18,4% a 27,8% 6,26,28, para partes específicas dos membros inferiores as variações são: quadril 11,6% a 18,9% 31,32, joelhos 14,7% a 18,9% 30,32 e pés e tornozelos de 12,1% 31.6. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saúde Pública 2007; 23:1151-60.25. Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. Ann Stat 1984; 12:46-60.26. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Pain 2005; 113:331-9.28. Scudds RJ, Robertson JM. Pain factors associated with physical disability in a sample of communitydwelling senior citizens. J Gerontol 2000; 55:393-9.29. Cechi F, Debolini MD, Lova RM, Machhi C, Bandinelli S, Bartali B, et al. Epidemiology of backpain in a representative cohort of Italian persons 65 years of age and older, the In Chianti Study. Spine 2006; 31:1149-</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>55.30. Di Iorio A, Abate M, Guralnik JM, Bandinelli S, Cecchi F, Cherubini A, et al. From chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: the In Chianti Study. <i>Spine</i> 2007; 32:809-15.31. Al Snih S, Markides KS, Ray L, Goodwin JS. Impact of pain on disability among older Mexican Americans. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> 2001; 56:400-4.32. Odding E, Valkenburg HA, Stam HJ, Hofman A. Determinants of locomotor disability in people aged 55 years and over: the Rotterdam Study. <i>Eur J Epidemiol</i> 2001; 17:1033-41.5-6. Quais as estratégias para prevenção primária da dor crônica na APS/AB?A avaliação da dor crônica é mais complexa em relação a dor aguda pois envolve componentes comportamentais (atitudes), afetivos, sociais, cognitivos, crenças, expectativas, valores, entre outras questões (27-29) .27. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. <i>Pain</i> 2002; 95:75-82.28. Scudds RJ, Robertson JM. Pain factors associated with physical disability in a sample of communitydwelling senior citizens. <i>J Gerontol</i> 2000; 55:393-9.29. Cechi F, Debolini MD, Lova RM, Machhi C, Bandinelli S, Bartali B, et al. Epidemiology of backpain in a representative cohort of Italian persons 65 years of age and older, the In Chianti Study. <i>Spine</i> 2006; 31:1149-55.O tratamento é focado nas necessidades do paciente, considerando todos os aspectos que a dor está afetando. A abordagem deve ser bio, psico, sócio e espiritual da dor.6. Quais as tecnologias de cuidado para tomada de decisão na abordagem integral da dor crônica na APS/AB?A abordagem integral da dor crônica requer: O modelo biopsicossocial é um modelo conceitual que propõe que os fatores psicológicos e sociais devem também ser incluídos junto com as variáveis biológicas na compreensão da doença de uma pessoa. • Neste caso, a dor é melhor vista como um padrão comportamental psicofisiológico, interativo que não pode ser separado em componentes físicos e psicossociais independentes e distintos. • O modelo biopsicossocial substituiu a abordagem reducionista biomédica obsoleta da medicina. • Os elementos críticos</p>		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>de uma abordagem de tratamento interdisciplinar (baseada neste modelo biopsicossocial) são os mais clinicamente efetivos e custo-efetivos para serem usados em pacientes com dor crônica. • Os fatores biológicos, psicológicos e sociais devem ser todos simultaneamente considerados. O tratamento psicológico necessita ser integrado com outros componentes terapêuticos, tais como terapia física e conduta medicamentosa, para considerar todos os componentes que envolvam a experiência de dor musculoesquelética crônica. 14. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. in Turk DC, Gatchel RJ, editors. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York: Guilford; 2002. Numerosos estudos apoiam o uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) e outras abordagens psicológicas para tratamento de dor musculoesquelética crônica (6, 7, 15). • Os estudos mostram que as abordagens psicológicas são mais efetivas do que grupos controles de lista de espera (7,15). • As intervenções comportamentais fornecem resultados semelhantes, sem benefício adicional quando pareadas com cuidados usuais, e são somente "moderadamente" superiores às seguintes condições: nenhum tratamento, controle placebo, e grupos controles de lista de espera (15). 6. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2002;1:CD000963. 7. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. Health Psychol 2007;26:1–9. 15. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine 2001;26:270-281. • Programas interdisciplinares usam uma abordagem de equipe, incluindo médico e enfermeira, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras e gerenciadores de cuidados. • Os programas mostram substancial melhora em</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>importantes medidas de resultados socioeconômicos (p. ex. retorno ao trabalho e resolução de eminentes problemas médico-legais), em pessoas com dor medular crônica (5 – 6). o Essa abordagem de recuperação funcional é também efetiva em distúrbios musculoesqueléticos crônicos das extremidades superiores, disfunção temporo mandibular, fibromialgia, cefaléia, dor cervical entre outros.5. Gatchel RJ, Rollings KH: Evidence-based review of the efficacy of cognitive-behavioral therapy for the treatment of chronic low back pain. Spine J 2008;8:40–44.6. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2002;1:CD000963.O tratamento da dor segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), com ajustes necessários conforme cada caso clínico. Após protocolos de avaliação e re-avaliação da dor de acordo com as escalas de mensuração adequadas para cada paciente, inicia-se o tratamento medicamentoso. • Escada Analgésica da OMSA Escada Analgésica da OMS sugere a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor que o paciente apresenta.O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e antiinflamatórios para dores fracas.O segundo degrau sugere opioides fracos, que podem ser associados aos analgésicos simples ou antiinflamatórios do primeiro degrau, ou opioides fortes em baixas doses (morfina e oxicodona) para dores moderadas.O terceiro degrau consta de opioides fortes (oxicodona, morfina, buprenorfina e ainda fentanil e metadona que no último consenso de opioide recomenda-se usado por especialistas), associados ou não aos analgésicos simples ou antiinflamatórios, para dores fortes. Os adjuvantes podem ser usados nos três degraus da escada.7. Quais as melhores evidências disponíveis relacionadas ao manejo da dor crônica na APS/AB?Protocolos são desenvolvidos com objetivo de buscar a melhor evidencia no tratamento da dor, guidelines e consensos</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>de Sociedades são ferramentas importantes para direcionar a melhor prática no controle da dor.8. Como melhorar a qualidade de vida das pessoas nos diferentes graus de efetividade no manejo da dor crônica na APS/AB? Melhorar a qualidade de vida dos pacientes através do efetivo manejo da dor crônica na APS/AB? Que combinação de estratégias diferentes, desde investimento em Educação Médica Continuada para os profissionais de saúde, até atualização do arsenal medicamentoso disponível. Esta última, permite que profissionais de saúde individualizem o tratamento de acordo com perfil do paciente, tornando possível, associação de terapias medicamentosas, rotação de medicamentos da mesma classe e diversidade nas vias de administração, exemplos: medicamento oral, medicamento transdérmico, medicamento com propriedades de prevenção ao abuso, medicamentos injetáveis e outros. Entretanto, atualmente, o vigente PCDT de Dor Crônica - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012 – limita tais possibilidades devido ao restrito e defasado arsenal farmacológico disponível no mesmo. Portanto, é essencial que se revise o referido PCDT com inclusão de outros fármacos indispensáveis na estratégia de individualização terapêutica. Cabe ressaltar que, a Dor tem destaque na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948) (Artigo 5) afirma: "Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante". Comentário: Ignorar deliberadamente a necessidade de tratamento da dor de um paciente ou não pedir ajuda especializada se não conseguir alívio da dor representa uma violação ao Artigo 5: Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral No. 14 22ª Sessão, Abril-Maio de 2000 E/C 12/2000/4, par. 12. O Comentário Geral No. 14 declara que a acessibilidade à saúde "inclui o direito de buscar, receber e transmitir informações e ideias sobre questões de saúde." O Relatório Especial da ONU sobre o Direito à Saúde e o Relatório Especial da ONU sobre a questão de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>degradantes afirmam: “ Não garantir acesso a medicamentos controlados para o alívio da dor e do sofrimento ameaça os direitos fundamentais à saúde e à proteção contra tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.”ANZCA. Statement on patients` rights to pain management. ANZCA PS 45; 2001. Available at: www.anzca.edu.au.Brennan F, Carr DB, Cousins MJ. Pain management: a fundamental human right. Anesth Analg 2007;105:205-21.Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. Pain 2004;112:1-4.FEDELAT. Proclamation of pain treatment and the application of palliative care as human rights, May 22, 2008.IAHPC. Joint declaration and statement of commitment on palliative care and pain treatment as human rights. Available at: www.hospicecare.com.9. Como qualificar as equipes de atenção básica para acompanhar pessoas com dor crônica e em cuidados paliativos?A avaliação adequada inclui o registro dos resultados da avaliação (por ex., dor como o “5º sinal vital”, pode dirigir a atenção à dor não aliviada, desencadeando intervenções e ajustes adequados do tratamento). O tratamento adequado inclui acesso a medicações contra a dor, inclusive opióides e outros medicamentos essenciais para a dor, e às melhores práticas de terapias interdisciplinares e não farmacológicas integrativas, com acesso a profissionais aptos a usar eficazmente tais medicamentos e terapias e respaldados por políticas de saúde, estruturas legais e procedimentos para garantir tal acesso e impedir uso inadequado. Dada a falta de profissionais de saúde adequadamente treinados, isso vai exigir programas educativos com relação a avaliação e tratamento da dor em todas as profissões e programas de saúde dentro da comunidade, para trabalhadores da comunidade prestando serviços de dor. Também inclui o estabelecimento de programas de medicina da dor para a qualificação de médicos especialistas em medicina da dor e medicina paliativa. Também devem ser criadas políticas de credenciamento para garantir padrões adequados de treinamento e assistência.10. Quais os principais efeitos colaterais, interações e contra</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>indicações das terapias farmacológicas para a dor crônica?A seleção de analgésicos no tratamento para dor inclui, mas não são limitados a, eficácia geral, perfil de efeitos adversos, início de ação, interações medicamentosas, potencial de abuso, gravidade e tipo de dor (nociceptiva, aguda/crônica, etc.). 2,7Escada acima, esta versão da escada analgésica pode ser utilizada de modo bidirecional: a subida lenta da escada para dor crônica e dor relacionada ao câncer, e a descida rápida para dor aguda e intensa, dor crônica de difícil controle e dor irruptiva. A vantagem desta proposta é que uma pode subir lentamente, um degrau por vez no caso de dor crônica e, se necessário, aumentar o ritmo de subida de acordo com a intensidade da dor.14Conforme o julgamento clínico, pode-se começar em qualquer degrau da escada. É também importante lembrar que, mesmo quando a dor é suficientemente intensa para exigir medicamentos de um degrau mais alto, o tratamento combinado com medicamentos usados nos degraus mais baixos pode ainda ser empregado de modo sinérgico.2Qualquer que seja o opioide selecionado, é sempre necessário administração regular do medicamento, 24 horas por dia, para que sejam atingidos níveis plasmáticos adequados.7 Ainda, a escolha do opioide será feita de acordo com a intensidade da dor.2Caso seja verificado componente neuropático da dor, ou mesmo em casos de dor crônica, consulte Tabela 7 para medicamentos adjuvantes. 2.Boenn, J. H., Paice, J. A., Preodor, M. E. Lange - Current Diagnóstico e Tratamento – Dor. Mc Graw Hill. 2009.7.Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Revista Brasileira de Oncologia Clínica – Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Ano 10, N. 38, págs. 131-142. Out, nov, dez 2014.14.Vargas-Schaffer, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. Vol 56: june • juin 2010 Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien.11. Quais as orientações para as gestões municipais deverão ser realizadas para possibilitar o manejo adequado da dor crônica na APS/AB?Promover campanha educativa sobre dor</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			crônica com principais empregadores e funcionários dos setores públicos e privados na região, evidenciar temas como, prevenção, absenteísmo, internação e desospitalização. Garantir acesso aos pacientes de dor crônica às medidas terapêuticas assistenciais e farmacológicas propostas nas recentes diretrizes disponíveis, considerando a complexidade do fenômeno doloroso e sua multidimensionalidade. Fomentar centros de atenção integral aos portadores de dor crônica (interdisciplinar), preferencialmente em parceria com instituições de ensino afim de coletar dados para: Identificar similaridades entre os demandantes, testar indicadores de performance da população atendida, produção de conteúdo estatístico, epidemiológico e farmacoeconômico dos pacientes da região.		
22/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
22/08/2017	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	Sim, -utilização da escada analgésica da OMS- utilização de instrumentos de rastreamento de dor neuropática, como o DN4	Vide documentos anexos, por favor.	<a href="#">Clique aqui</a>
22/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Não	
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	EM ANEXO UM ARTIGO RECENTE QUE DISCUTE UMA CLASSIFICAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DA DOR MAIS COMPATÍVEL PARA A ABORDAGEM DO MÉDICO DE FAMÍLIA EM SEU CENÁRIO DE PRÁTICA, ALÉM DE ANALISAR A ABORDAGENS E SUAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.	<a href="#">Clique aqui</a>
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, (1) Seria importante que, na introdução, se detalhassem os conceitos de: Dor como experiência, Dissociação Clínico-imaginológica, Dor Crônica como Doença (a mais frquente e custosa doença crônica, a ser abordada pelo modelo de cuidados crônicos), Sensibilização central e periférica, Perda de função de alarme; definição clássica (Bonica 1953), conceitual, versus orientadas a periodos de tempo (e.g. IASP CID11); dados dos três estudos populacionais brasileiros e dos demais sobre demanda em APS e emergências; APS como unidade primária de tratamento de dor (vocaçao intrínseca, pelo melhor posicionamento quanto a abordagem precoce, empoderamento, encaminhamento precoce se necessário, coordenação do cuidado, prevenção quaternária, transdisciplinaridade).(2) Sobre a população alvo, sugiro substituir "queixas de dor crônica" por simplesmente "dor crônica". "Queixar-se" de sua experiencia de dor nao deve ser exigido para inclusão. Também sugiro que se restrinja o tema a dores crônicas de ritmo mecanico (sem trauma ou suspeita de fratura) ou inflamatório. Cefaléias não mecânicas, dores oncológicas, dores isquêmicas, claudicantes, cólicas, teriam abordagens diversas e ampliariam talvez excessivamente o Protocolo.(3) É necessário corrigir, no quarto paragrafo da introdução, a colocação de que "sua função [da dor crônica] é de alerta". Por definição, dor cronica nao tem função biológica; a dor aguda, sim, tem função de alerta. Sugiro, também, substituir "e, muitas vezes, tem a etiologia incerta" por "tem fundamentalmente etiologia multifatorial".(4) Sugiro incluir a pergunta norteadora "Quais são as competencias (mínimas, desejáveis, e avançadas) a serem consideradas para cada profissional da APS/AB na abordagem da dor crônica?"(5) Sugiro ampliar a bibliografia recomendada. Há bons capítulos em tratados de Dor e em tratados de medicina de familia, e bons artigos nacionais e internacionais sobre o tema.(6) Sugiro substituir o termo "UBS" no primeiro paragrafo da introdução por "APS/AB"; o termo "escuta atenta", no mesmo parágrafo, por "escuta ativa", necessária para identificação de demandas ocultas; e no terceiro</p>	<p>Gostaríamos de contribuir ao item 9, a seguir, com outras referencias bibliograficas relevantes, porem ele só permite fazer upload de um unico documento. Talvez esta restrição pudesse ser retirada em proximas consultas publicas, em algum caso especial.O ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement é uma organização não-governamental norte-americana que abrange instituições de renome (entre os quais a Clínica Mayo) e planos de saúde sem fins lucrativos; cujos consensos na área de dor são freqüentemente citados pela Academia Americana de Médicos de Família (AAFP). Traz conceitos, orientacoes, e fluxogramas práticos para a APS/AB. Esta é a penúltima versao; infelizmente, a de 2016 foi restringida por copyrightOutro texto relevante, publicado pelo PROMEF, fruto de anos de discussões na APS/AB sobre o tema de dor, mas também restrito por copyright, seria: Correia MPV. Abordagem da dor mecânica na atenção primária à saúde. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Augusto DK, Umpierre RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p.27-80. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).As considerações do item 7 foram discutidas no GT em Dor da SBMFC, do qual sou membro ativo, e estou coordenador.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>paragrafo, substituir "aspectos sensitivos e culturais" por "aspectos sensitivos, emocionais e culturais", por completude; e o termo "sensorial" por "sensitivo", acompanhando a tradução usual da SBED (braço brasileiro da IASP) para a definição de dor (vide, por exemplo, <a href="http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/01_q uandoadorsetorna.pdf">http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/01_q uandoadorsetorna.pdf</a>)</p>		
22/08/2017	Profissional de Boa saúde		<p>Sim, Sugiro acrescentar a seguinte pergunta norteadora: "Quais as competências (essenciais, desejáveis, avançadas) que cada profissional da atenção primária à saúde deve ter para propiciar o cuidado integral às pessoas com dor crônica?" Além disso, considero que a pergunta 6, sobre as tecnologias de cuidado para a tomada de decisão para a abordagem integral, poderia ser redigida de outra forma, ao meu ver está um pouco confusa. Trata-se de tecnologias leves, como exame físico musculoesquelético? Trata-se de protocolos de tomada de decisão na literatura?</p>	<p>Considero importante uma consideração especial sobre as dores de ritmo mecânico em geral, por constituírem a queixa mais prevalente na atenção primária à saúde, e no qual é possível que a educação para uma boa prática propicie maior efetividade no diagnóstico e terapêutica, diminua a quantidade de exames desnecessários e reduza a quantidade de encaminhamentos. Dentre as dores de ritmo mecânico, gostaria de destacar a importância da síndrome dolorosa miofascial, afecção muito prevalente na população em geral (a etiologia mais comum da dor muscular crônica) e ainda subdiagnosticada e subtratada por desconhecimento e falta de treinamento dos médicos. A esse respeito, envio o artigo em anexo. Senti falta da possibilidade de conseguir anexar mais arquivos. Essas considerações foram discutidas com a equipe do Grupo de Trabalho em Dor da SBMFC, com o qual tenho colaborado.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/08/2017	Especialista no tema do protocolo	Regular	<p>Sim, Acho que precisamos avançar no texto na abordagem inicial de pacientes com dor. Para além do manejo em si seria importante incorporarmos ferramentas de comunicação clínica na coleta da história do paciente. Elas fazem muito mais sentido na nossa prática e já são utilizadas pelos MFC na sua prática. As compreensões da experiência da doença do Medicina centrada na Pessoa bem como a exploração na fase de coleta de dados dos IPEs (Ideias, Perspectivas e Expectativas) e PCO (Psicológico, Social e Ocupacional) abordados no Modelo de Calgary Cambridge são ferramentas que devem ser incorporadas nesse momento. Outra ferramenta importante é o Acrônimo PQRST (Provokes and Palliates, Quality, Region and Radiation, Severity, and Time) abordada pela própria IASP no documento "Guide to Pain Management in Low-Resource Settings" onde ela adota como ferramenta para compreender as características da Dor.</p>	<p>Acho importantíssimo essa iniciativa já que sou MFC e acupunturista e faço matricimento de dor na APS na Residência de MFC no Rio de Janeiro na Clínica da Família Maria do Socorro na Rocinha. Também sou membro do GT de dor da SBMFC onde já discutimos o tema há mais de 5 anos. Infelizmente não comentei vários outros temas pertinentes devido ao espaço e a impossibilidade de anexar mais de 1 documento. Um deles foi a abordagem da dor a partir dos ritmos de dor que é uma ferramenta importante pro MFC no início do seu raciocínio. Ajuda a reconhecer padrões como Red Flags e ter tranquilidade de abordar a dor mecânica e miofascial quando este ritmo estiver bem claro. Identificar o ritmo inflamatório do contrário pode ajudar na coordenação do cuidado e encaminhamento a outros níveis de atenção.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>