

# NORMA

NÚMERO: 043/2011  
DATA: 23/12/2011  
ATUALIZAÇÃO 13/07/2017

---

ASSUNTO: Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso  
PALAVRAS-CHAVE: Dor Neuropática, Dor Neuropática Periférica, Dor Neuropática Periférica Diabética, Dor Neuropática Central  
PARA: Médicos do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dgs@dgs.min-saude.pt](mailto:dgs@dgs.min-saude.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

## NORMA

1. A avaliação da dor neuropática (DNe) deve incluir:

- a) A utilização da taxonomia relativa à DNe (Anexo I, Quadro 1);
- b) A sua caracterização e registo em processo clínico, nomeadamente (Anexo II e III):
  - i. Antes do início do tratamento farmacológico:
    - (i). Intensidade (escalas de intensidade)<sup>1</sup>;
    - (ii). Localização (local da dor e eventual irradiação);
    - (iii). Descritores Verbais (Anexo II, Quadro 3);
    - (iv). Temporalidade (início, curso, evolução e padrão de ocorrência).
  - ii. Fatores de exacerbação e de alívio (farmacológicos e não farmacológicos);
  - iii. Comorbilidades (ex. ansiedade, depressão e perturbações do sono);
  - iv. Impacte funcional;
  - v. Terapêutica farmacológica prévia e atual.

2. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados e esclarecidos acerca da situação clínica, do tratamento farmacológico da dor neuropática (DNe), dos efeitos adversos, benefícios e riscos do tratamento.

3. Deve ser disponibilizado um folheto informativo sobre o plano terapêutico à pessoa e/ou representante legal, família/cuidadores definido a nível da unidade de saúde.
4. Na terapêutica farmacológica da dor neuropática (DNe) deve ser distinguida (Anexo IV):

a) DNe Periférica (DNeP);

- i. Na terapêutica farmacológica de primeira linha<sup>2,3</sup> preconizada para a pessoa com DNeP devem ser prescritos em monoterapia os seguintes antidepressivos ou antiepiléticos:

- (i). Amitriptilina, como referência do grupo dos antidepressivos tricíclicos (ADT) e em situações de não tolerância à amitriptilina, a nortriptilina ou a imipramina (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)<sup>3,25</sup>; ou
- (ii). Duloxetina, como referência do grupo dos inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN), nos casos em que existe contra-indicação ou contra-indicam a prescrição de antidepressivos tricíclicos (Nível de Evidência A, e Grau de Recomendação I)<sup>2,3</sup>; ou
- (iii). Gabapentinóides (gabapentina ou pregabalina) no grupo dos antiepiléticos (Nível de Evidência A, e Grau de Recomendação I)<sup>2,25</sup>;
- (iv). Por falta de eficácia e/ou intolerância, quando a opção terapêutica é a manutenção da monoterapia, a rotação pode ser feita entre fármacos das alíneas (i) ou (ii) ou (iii).
- (v). Constituem exceções:
  - a. Na pessoa com nevralgia do trigémeo (NT), como terapêutica de primeira linha em monoterapia, deve ser prescrito a carbamazepina (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) e, em caso de intolerância, oxcarbazepina em monoterapia (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)<sup>2,3</sup>;
  - b. No idoso (idade > 65 anos) com nevralgia pós-herpética, com dor neuropática localizada (DNeL), deve ser prescrito o emplastro de lidocaína

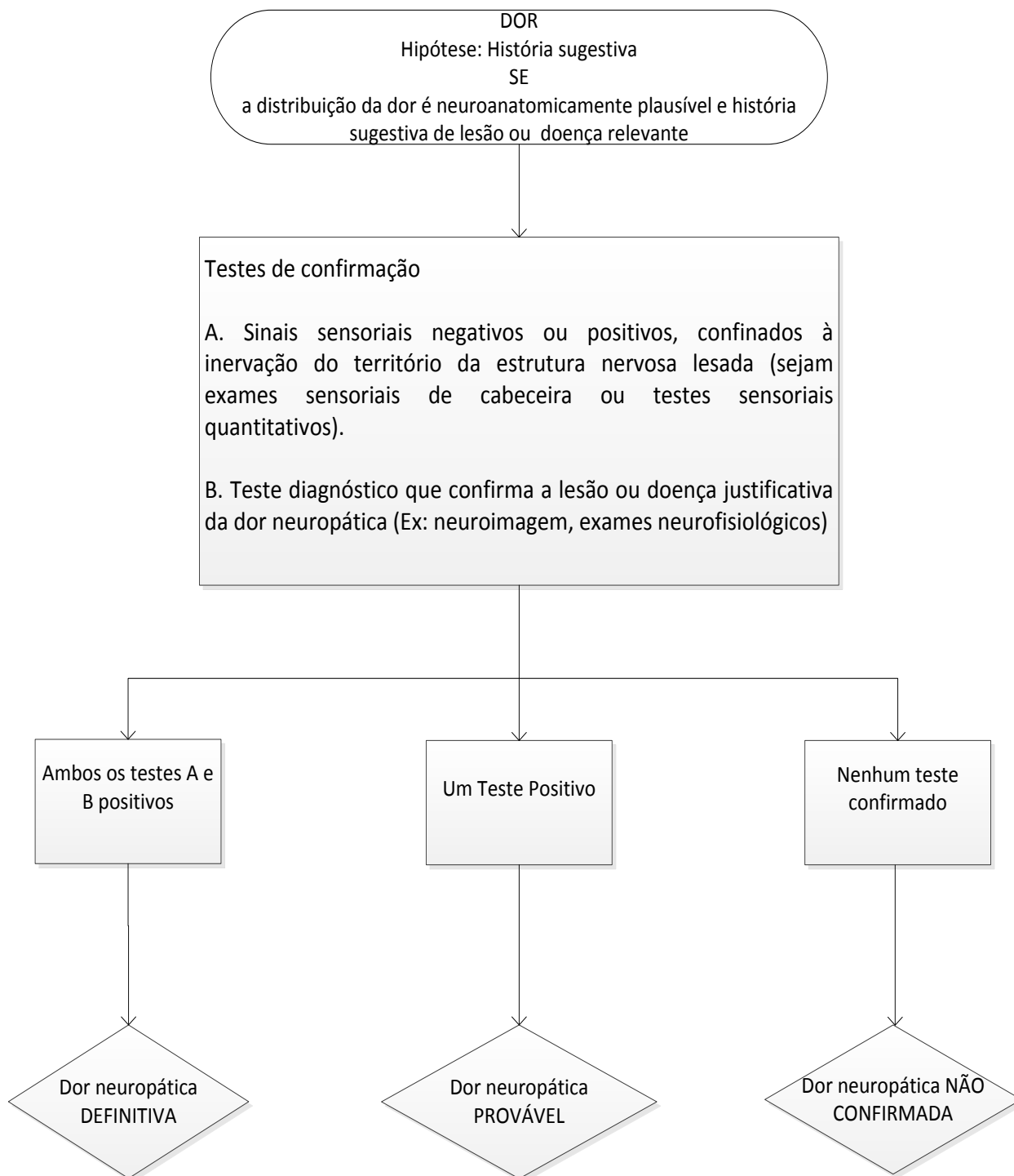
- tópica 5% com a dimensão adequada à área avaliada como terapêutica de primeira linha (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>31</sup>;
- c. No adulto com dor neuropática periférica do diabético (DNPD) deve ser prescrita a duloxetina, como terapêutica de primeira linha (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>3-4</sup>.
- ii. Na terapêutica farmacológica de segunda linha preconizada para a pessoa com DNeP, por falta de eficácia e/ou intolerância, deve ser prescrito associação de fármacos antidepressivos (ADT ou IRSN) com antiepiléticos gabapentinóides, da seguinte forma:
- (i). Quando a terapêutica de primeira linha tiver sido com antidepressivos (ADT ou IRSN), deve optar-se pela combinação com antiepiléticos gabapentinóides (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>2,3</sup>; ou
- (ii). Quando a terapêutica de primeira linha tiver sido com antiepiléticos gabapentinóides, deve optar-se pela combinação com antidepressivos (ADT ou IRSN) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>2,3</sup>.
- iii. A pregabalina deve substituir a gabapentina quando a pessoa apresenta dificuldades na adesão à terapêutica ou intolerância aos efeitos adversos (com registo no processo clínico) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>29</sup>;
- iv. Considera-se ainda como segunda linha terapêutica:
- (i) No adulto, com nevralgia pós-herpética, com dor neuropática localizada (DNeL), a associação de emplastro de lidocaína tópica 5% com a dimensão adequada à área avaliada para potenciação do efeito analgésico (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>22</sup>;
- (ii) No adulto com dor neuropática localizada (incluindo pessoas com diabetes e neuropatia associada ao VIH<sup>30</sup> deve ser prescrito uso de adesivo de capsaicina 8% (atualmente de uso exclusivo hospitalar) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação II ou III)<sup>3,22</sup>.

5. Na terapêutica farmacológica de terceira linha<sup>22</sup>, no período em que a pessoa com DNeP aguarda pela consulta especializada da doença base ou da Unidade Dor, o tratamento deve ser otimizado com a combinação de:
- a) Tramadol ou tramadol com paracetamol (Nível de Evidência A para dor neuropática periférica do diabético (DNPD), Grau de Recomendação II ou III)<sup>3,30,25</sup>; ou
  - b) Tapentadol na presença de efeitos secundários ou contraindicações ao tramadol (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>28,25</sup>.
6. Na DNe central (DNeC) devem ser prescritos:
- a) Na pessoa com DNeC central por lesão medular, como terapêutica de primeira linha a pregabalina (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>3</sup> e ADT (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)<sup>3</sup>;
  - b) Na pessoa com DNeC pós-AVC, como terapêutica de primeira linha ADT (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)<sup>3</sup>;
  - c) Tramadol como fármaco de segunda linha para a lesão medular (Nível de Evidência B e Recomendação II)<sup>3</sup>.
7. A avaliação da eficácia do tratamento<sup>2</sup> no adulto e no idoso deve ser efetuada, entre a segunda e quarta semana, após o início do tratamento e com monitorização e registo no processo clínico de<sup>6</sup>:
- a) Redução da intensidade da dor de pelo menos, entre 30% a 50% na escala utilizada;
  - b) Avaliação da titulação da dosagem;
  - c) Tolerabilidade;
  - d) Efeitos adversos;
  - e) Atividades diárias e participação (ex: autocuidado, tarefas domésticas, mobilidade, condução de veículos);
  - f) Humor (depressão e/ou ansiedade);
  - g) Qualidade do sono;
  - h) Melhoria global referida pela pessoa.

8. Nas consultas de reavaliação clínica, havendo melhoria da sintomatologia deve ser ponderada a redução gradual da terapêutica, de acordo com a avaliação da necessidade da sua manutenção (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) <sup>2,3</sup>.
9. Deve ser referenciado a Unidade Dor a efetivar, no prazo máximo de trinta dias, para diagnóstico e/ou tratamento, a pessoa com:
- a) Adulto e idoso com síndrome dor regional complexa tipo I e II; e/ou
  - b) Mulher grávida;
10. Deve ser referenciada a consulta especializada da patologia de base ou a unidade Dor, a efetivar no prazo máximo de sessenta dias (com carácter prioritário), a pessoa que, apesar de adequadamente medicada para DNe, nos termos da presente Norma, apresenta;
- a) Dor refratária inferior à redução de 30% (escala numérica de avaliação da dor) ou ainda de intensidade severa <sup>2,6</sup>;
  - b) Comorbilidades com impacto significativo nas atividades de vida diária;
  - c) Intolerância a tratamento farmacológico instituído;
  - d) Necessidade de titulação rápida de fármacos;
  - e) Polimedicação e com risco grave de interação farmacológica;
  - f) Diagnóstico não estabelecido;
  - g) Otimização com modalidades não farmacológicas ou de intervenção;
  - h) Neuropatia associada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou DNe associada ao cancro.
11. Na ausência de alerta informático, o médico prescriptor deve monitorizar a realização de consulta especializada, através da programação de nova consulta.
12. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

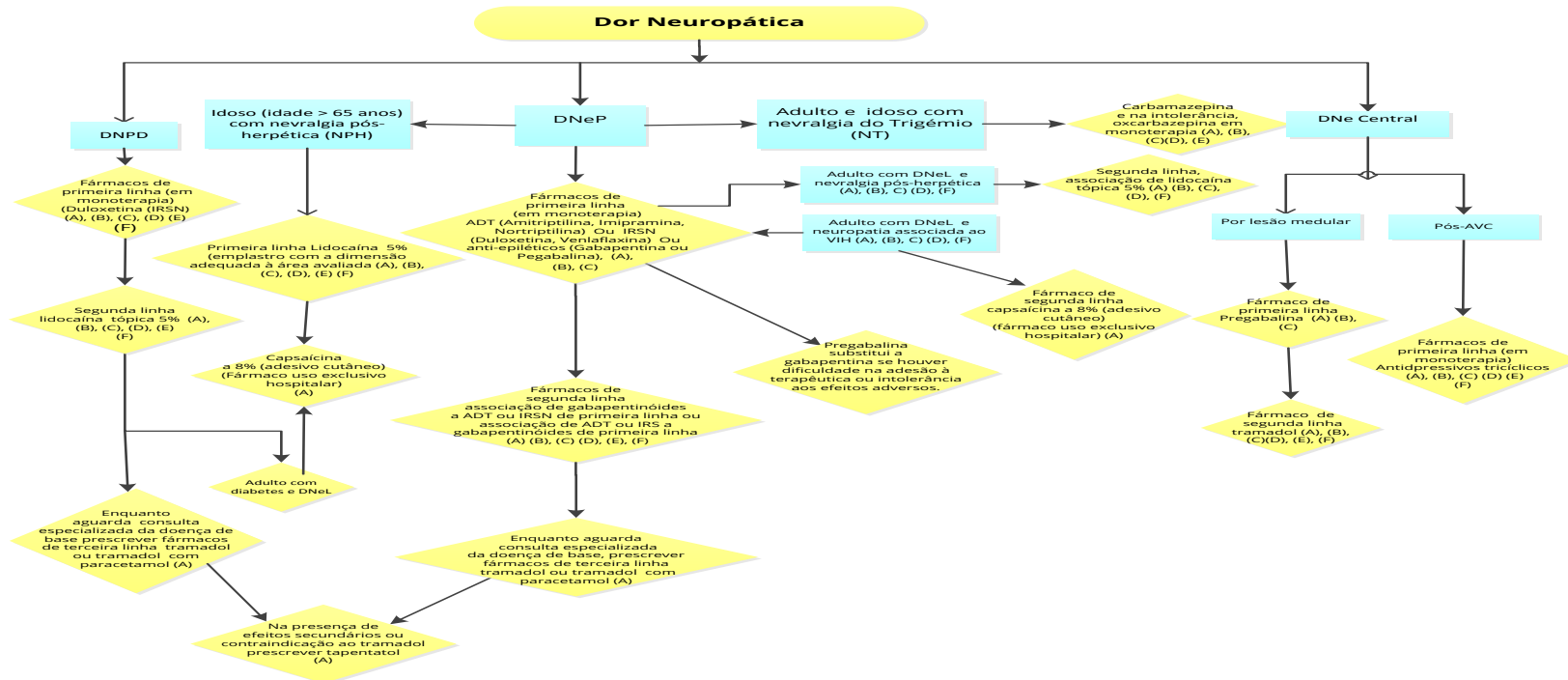
### 13. Os algoritmos clínicos

#### Diagnóstico da Dor Neuropática



Fonte: Modificado de Treed R.D. et al. *Redefinition of neuropathic pain and grading system for clinical use: consensus statement on clinical and research diagnostic criteria*. Neurology 2008; 70:1630-5<sup>7</sup>

Tratamento da dor neuropática



(A) A Avaliação da DNe inclui: a utilização da taxonomia relativa à Dne; a sua caracterização e registo em processo clínico, nomeadamente, antes do início do tratamento farmacológico e durante o tratamento (intensidade (escalas de intensidade) localização (local da dor e eventual irradiação), descritores verbais, temporalidade (início, curso, evolução e padrão de ocorrência); fatores de exacerbação e de alívio (farmacológicos e não farmacológicos); comorbilidades (ex. ansiedade, depressão e perturbações do sono); impacto funcional; terapêutica farmacológica prévia e atual

(B) Na consulta de reavaliação clínica, havendo melhoria da sintomatologia, é ponderada a redução gradual da terapêutica instituída, avaliando a de acordo com a avaliação da necessidade da sua manutenção.

(C) A avaliação da eficácia do tratamento, entre a 2ª semana e a 4ª semana, inclui:  
\* redução da intensidade da dor de pelo menos, entre 30% a 50% na escala utilizada;  
\* avaliação da titulação da dosagem;  
\* tolerabilidade;  
\* efeitos adversos;  
\* atividades diárias e participação (ex: autocuidado, tarefas domésticas, mobilidade, condução de veículos);  
\* humor (depressão e/ou ansiedade);  
\* qualidade do sono;  
\* melhoria global referida pela pessoa.

(D)Referenciação a unidade Dor, a efetivar no prazo máximo de 30 dias, o adulto e o idoso com síndrome dor regional complexa tipo I e II e/ou a mulher grávida.

(E)Referenciação a consulta especializada da patologia de base ou a Unidade Dor, a efetivar no prazo máximo de 60 dias, a pessoa com: dor refratária inferior à redução de 30% (escala numérica de avaliação da dor) ou ainda de intensidade severa; comorbilidades com impacto significativo nas atividades de vida diária; intolerância a tratamento farmacológico instituído; necessidade de titulação rápida de fármacos; com polimedicação e com risco grave de interação farmacológica; diagnóstico não estabelecido; otimização com modalidades não farmacológicas ou de intervenção; neuropatia associada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou DNe associada ao cancro.

(F) Na ausência de alerta informático, o médico prescriptor deve monitorizar a realização de consulta especializada, através da programação de nova consulta.

#### 14. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso"				
Unidade: _____				
Data: ___/___/___		Equipa auditora: _____		
1: Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Existe evidência de que a pessoa e/ou o representante legal são informados e esclarecidos acerca da situação clínica, do tratamento farmacológico da dor neuropática (DNe), dos efeitos adversos, benefícios e riscos do tratamento				
Existe evidência de que é disponibilizado folheto informativo à pessoa e/ou representante legal e/ou cuidador sobre o plano terapêutico, definido a nível da unidade de saúde				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
2: Avaliação da Dor Neuropática (DNe)				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Existe evidência de que na pessoa, a avaliação da dor neuropática inclui a utilização da taxonomia relativa à dor neuropática, nos termos da presente Norma				
Existe evidência de que na pessoa a avaliação da dor neuropática antes do início do tratamento inclui a caracterização e registo no processo clínico, nomeadamente: intensidade, localização, descritores verbais, temporalidade (início, curso, evolução e padrão de ocorrência)				
Existe que na pessoa a avaliação da dor neuropática com registo no processo clínico inclui: fatores de exacerbação e de alívio (farmacológicos e não farmacológicos), comorbilidades (ex: ansiedade, depressão e perturbações do sono), impacte funcional; terapêutica farmacológica prévia e atual				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
3: Tratamento da Dor Neuropática Periférica (DNeP)				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Existe evidência de que na pessoa é prescrito, como terapêutica de primeira linha, em monoterapia os seguintes antidepressivos ou antiepiléticos: amitriptilina, como referência do grupo dos antidepressivos tricíclicos (ADT) e em situação de não tolerância à amitriptilina, a nortriptilina ou a imipramina; OU duloxetine, como referência do grupo dos inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN), quando existe contraindicação para prescrição de antidepressivos tricíclicos; OU gabapentinóides (gabapentina ou pregabalina) no grupo dos antiepiléticos				
Existe evidência de que na pessoa em monoterapia com gabapentina quando apresenta dificuldades na adesão à terapêutica ou intolerância aos efeitos adversos, é prescrita a pregabalina em substituição da gabapentina, com registo no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa, por falta de eficácia e/ou intolerância, quando a opção terapêutica é a manutenção da monoterapia, a rotação pode ser feita entre fármacos das subalíneas (i) ou (ii) ou (iii) da alínea a) do ponto 4 da presente Norma				
Existe evidência de que na pessoa com nevralgia do trigémio é prescrito, como terapêutica de primeira linha, a carbamazepina e, em caso de intolerância, oxcarbazepina em monoterapia				
Existe evidência de que na pessoa idoso (idade > 65 anos) com nevralgia pós-herpética, com dor localizada (DNeL) é prescrito como terapêutica de primeira linha, emplastro de lidocaína tópica 5% com a dimensão adequada à área avaliada				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática periférica do diabético (DNPD)				



é prescrita a duloxetine, como terapêutica de primeira linha				
Existe evidência de que na pessoa, por falta de eficácia e/ou intolerância, é prescrito como terapêutica de segunda linha, a associação de fármacos antidepressivos [(antidepressivos tricíclicos (ADT) ou inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (IRSN)] com antiepiléticos gabapentinóides: quando a primeira linha tiver sido com ADT ou IRSN opta-se pela combinação com gabapentinóides; quando a primeira linha terapêutica tiver sido com antiepiléticos gabapentinóides, opta-se pela combinação com ADT ou IRSN				
Existe evidência de que no adulto com nevralgia pós-herpética com dor localizada (DNeL) é prescrito como segunda linha terapêutica, a associação de emplastro de lidocaína 5% com a dimensão adequada à área avaliada para potenciação do efeito analgésico				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática localizada (incluindo pessoa com diabetes e neuropatia associada ao VIH) é prescrito uso de adesivo de capsaicina 8% (atualmente de uso exclusivo hospitalar)				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática periférica (DNeP) e dor neuropática periférica do diabético (DNPD), enquanto aguarda a consulta especializada da doença de base ou da unidade Dor, o tratamento é otimizado com a combinação de: tramadol; ou tramadol com paracetamol; ou tapentadol na presença de efeitos secundários ou contraindicações ao tramadol				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática central (DNeC) por lesão medular é prescrito, como terapêutica de primeira linha, a pregabalina				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática central (DNeC) por lesão medular é prescrito, como terapêutica de segunda linha, tramadol				
Existe evidência de que no adulto com dor neuropática central (DNeC) pós-AVC é prescrito, como terapêutica de primeira linha, antidepressivo tricíclico (ADT)				
Existe evidência de que na pessoa, em consulta de reavaliação, com melhoria da sintomatologia é ponderada a redução gradual da terapêutica de acordo com a avaliação da necessidade da sua manutenção				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>4. Monitorização e Avaliação do Tratamento</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA / FONTE</b>
Existe evidência de que na pessoa, a avaliação de controlo da dor neuropática (DNe) inclui a utilização da taxonomia relativa à dor neuropática, nos termos da presente Norma				
Existe evidência de que na pessoa a avaliação de controlo da dor neuropática (DNe) inclui a caracterização e registo no processo clínico, nomeadamente: intensidade, localização, descritores verbais, temporalidade (início, curso, evolução e padrão de ocorrência)				
Existe que na pessoa a avaliação de controlo da dor neuropática (DNe) com registo no processo clínico inclui: fatores de exacerbação e de alívio (farmacológicos e não farmacológicos), comorbilidades (ex: ansiedade, depressão e perturbações do sono), impacte funcional; terapêutica farmacológica prévia e atual				
Existe evidência de que no adulto e no idoso a avaliação da eficácia do tratamento é efetuada, entre a segunda e quarta semana, após o início do tratamento e com monitorização e registo no processo clínico de: redução da intensidade da dor de pelo menos, entre 30% a 50% na escala utilizada; avaliação da titulação da dosagem; tolerabilidade; efeitos adversos; atividades diárias e participação (ex: autocuidado, tarefas domésticas, mobilidade, condução de veículos); humor (depressão e/ou ansiedade); qualidade do sono; melhoria global referida pela pessoa				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>5: Referenciação</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA</b>

				/FONTE
Existe evidência de que a referenciação a consulta especializada da patologia de base ou a unidade Dor, a efetivar no prazo máximo de sessenta dias, é realizada quando o adulto ou o idoso, apesar de adequadamente medicado, nos termos da presente Norma, apresenta: dor refratária inferior à redução de 30% (escala numérica de avaliação da dor) ou ainda de intensidade severa; comorbilidades com impacto significativo nas atividades de vida diária; intolerância a tratamento farmacológico instituído; necessidade de titulação rápida de fármacos; polimedicação e com risco grave de interação farmacológica; diagnóstico não estabelecido; otimização com modalidades não farmacológicas ou de intervenção; neuropatia associada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou dor neuropática (DNe) associada ao cancro				
Existe evidência de que é referenciado a unidade Dor, a efetivar no prazo máximo de 30 dias, o adulto ou o idoso com: síndrome dolorosa complexa regional tipo I e II; ou mulher grávida				
Existe evidência de que na ausência de alerta informático, o médico prescriptor monitoriza a realização de consulta especializada, através da programação de nova consulta				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			

**Avaliação de cada padrão:**  $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

15.O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

16.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## TEXTO DE APOIO

### Conceitos, definições e orientações

- A. O conceito clínico de dor neuropática (DNe) assenta na definição de “dor por lesão ou doença do sistema somatossensorial”<sup>7</sup>.
- B. A dor neuropática localizada (DNeL) é caracterizada por área(s) consistente(s) e circunscrita(s) de dor máxima associada a sinais sensoriais negativos ou positivos e/ou sintomas espontâneos característicos de dor neuropática<sup>27</sup>.
- C. A dor mista consiste na existência, cumulativamente, de DNe e de dor nociceptiva pelo que a sua componente neuropática é contemplada na presente Norma.
- D. A dor crónica consiste numa dor prolongada, normalmente, com difícil identificação temporal e ou causal que causa sofrimento podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos<sup>8</sup>.
- E. Considera-se dor refratária ao tratamento da dor neuropática, se o seu alívio for inferior a 30% na escala numérica (0-10) de avaliação da intensidade da Dor<sup>1</sup>.
- F. Para a rastreabilidade da DNe, utilizam-se instrumentos específicos, que permitem a distinção entre DNe e dor nociceptiva, nomeadamente o DN4<sup>9</sup> um instrumento composto de quatro questões, duas de autorresposta e duas respostas de exame objetivo, pelo profissional de saúde (instrumento validado para a população portuguesa (Anexo III)).
- G. O Pain DETECT<sup>10</sup>, instrumento de autopreenchimento (traduzido e validado para a língua portuguesa), não se encontra ainda validado psicometricamente.
- H. Os médicos devem estar adequadamente familiarizados com a DNe para o seu diagnóstico e tratamento adequados, destacando-se:
- 1) A identificação da população em risco para DNe;
  - 2) O diagnóstico, através da história clínica, exame objetivo, incluindo o exame neurológico e exames complementares de diagnóstico<sup>2,7</sup>;
  - 3) A adequação da seleção dos fármacos, em termos de custos/benefícios;
  - 4) A Referenciação de forma adequada e em tempo útil.

G. Na seleção do(s) fármaco(s) a prescrever no adulto e idoso (idade >65 anos) com dor neuropática (DNe) devem ser ponderados:

- 1) Comorbilidades;
- 2) Interações Medicamentosas;
- 3) Fatores de risco;
- 4) Contraindicações;
- 5) Medicação prévia e atual.

H. Para que o tratamento farmacológico estabelecido seja eficaz, o adulto e idoso deve receber informação adequada sobre a sua situação clínica, exames complementares de diagnóstico e terapêutica nomeadamente, pelas dúvidas e receios condicionados pela utilização de antiepiléticos e antidepressivos, pela conotação inerente, devendo ser esclarecidos os seus propósitos.

I. O tratamento farmacológico da pessoa com DNeP e DNeC contempla:

- 1) A titulação das doses do(s) fármaco(s) inicia-se com o aumento progressivo da dose administrada para determinar a dose mínima eficaz, habitualmente com a intenção de diminuir a incidência de efeitos adversos agudos<sup>2,3,5,6,11</sup>;
- 2) A monitorização frequente durante o processo de titulação para despiste precoce de efeitos secundários e avaliação do impacto nas atividades de vida diária (AVD), no humor e na qualidade do sono<sup>2,3,5,6,11</sup>;
- 3) A deteção de efeitos secundários ou a ausência de tolerância justifica o não aumento da dose, vigilância, e, perante a sua persistência, pondera-se o fármaco alternativo dentro do mesmo grupo farmacológico;
- 4) Observância particular nas pessoas com insuficiência renal, hepática e no idoso (idade >65 anos);

J. A referenciação da pessoa com dor neuropática (DNe) a uma Unidade Dor deverá ser detalhada e incluir a seguinte informação clínica<sup>1,2,3</sup>:

- 1) História atual da dor;
- 2) Comorbilidades associadas à DNe;

- 3) Avaliação da dor, investigação realizada e resultados;
- 4) Medicação atual (data de início, princípio ativo, posologia, resultados e efeitos adversos);
- 5) Consultas prévias em Unidade Dor ou em unidades de saúde especializadas no tratamento da doença de base.

## Fundamentação

- A. A DNe é um problema de saúde pública, estimando-se que a prevalência da DNe seja superior a 5% na população geral, e de 8% na população europeia<sup>12</sup>.
- B. DNe tem origem nas vias nervosas sensitivas, desde as terminações de nociceptores periféricos até ao córtex cerebral, subdividindo-se em:
- 1) Central (cérebro e/ou medula);
  - 2) Periférica (nervos periféricos, plexos, gânglios das raízes dorsais ou raízes).
- C. A DNe representa sempre um mecanismo patológico e desadaptativo das vias da dor, e deverá distinguir-se da Dor Nociceptiva que resulta da ativação de nociceptores por lesão real ou potencial de tecidos periféricos e constitui um mecanismo fisiológico adaptativo de ativação de nociceptores e das vias de transmissão da dor<sup>7</sup>.
- E. A DNe é avaliada através de: sinais e sintomas de dor (Anexo II, Quadro 1): espontânea ou evocada; existência de sintomas positivos ou negativos<sup>13</sup> ou simultâneos (Anexo II, Quadro 2), descritores verbais (Anexo II, quadro 3)<sup>14</sup>, diagrama corporal e testes de cabeceira.
- F. Os exames de cabeceira, utilizando ferramentas de diagnóstico simples e acessíveis a qualquer Médico, permitem a pesquisa das alterações somatossensoriais, destacando-se os seguintes: toque/vibração; frio, calor, e sensibilidade à dor. A sensibilidade tátil é avaliada por algodão ou pincel; a sensibilidade à picada por agulha de *Frey* 128 mN, palito, espátula lascada ou similar, a sensibilidade térmica por objetos quentes e frios (*termorollers*), e a sensibilidade vibratória por um diapasão 128Hz<sup>15</sup>.
- G. Classifica-se a DNe em definitiva, provável ou não confirmada, através da utilização do algoritmo de diagnóstico da presente Norma<sup>7</sup>.
- H. No idoso (idade > 65 anos), a seleção dos fármacos obriga a maior ponderação e vigilância<sup>5</sup>.

O. O adulto e idoso (idade >65 anos) com DNe e com comorbilidades do foro psiquiátrico apresentam um importante desafio diagnóstico, independentemente, de serem a causa ou a consequência, verificando-se que a presença destas comorbilidades exacerba a gravidade da dor <sup>16</sup>.

J. A avaliação do impacto do tratamento na Qualidade de Vida (QdV) é importante<sup>2</sup>.

### **Avaliação**

A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, e executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria externa e interna.

B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

C. A efetividade da implementação da presente Norma nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Direções Clínicas dos Hospitais.

D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

1) Taxa de prevalência da DNe P:

a) Numerador: Número de pessoas com DNeP;

b) Denominador: População de Portugal a meio do ano.

2) Taxa de prevalência da DNe C:

a) Numerador: Número de pessoas com DNeC;

b) Denominador: População de Portugal a meio do ano.

3) Taxa de prevalência da nevralgia do trigémio (NT):

a) Numerador: Número de pessoas com nevralgia do trigémio;

b) Denominador: População de Portugal a meio do ano.

4) Taxa de Prevalência da dor neuropática periférica do diabético (DNPD):

- a) Numerador: Número de pessoas com DNPD;
  - b) Denominador: População portuguesa a meio do ano.
- 5) Custo médio de prescrição por medicamento na dor neuropática diabética;
- 6) Proporção de pessoas inscritas com diagnóstico de nevralgia do trigêmeo (NT) com prescrição de carbamazepina ou oxcarbazepina:
- a) Numerador: Número de pessoas com nevralgia do trigémio e prescrição de carbamazepina ou oxcarbazepina, no período considerado;
  - b) Denominador: Total de pessoas com diagnóstico de nevralgia do trigémio, no mesmo período.

### **Comité Científico**

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Beatriz Craveiro Lopes (Anestesiologia, Coordenação Científica), Maria do Rosário Alonso (Anestesiologia) Paula Breia Neves (Neurologia), Pedro Soares Branco (Medicina Física e Reabilitação) e Rita Abril (Medicina Geral e Familiar).
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

### **Coordenação executiva**

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.



## Coordenação técnica

A coordenação técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes.

## Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

## Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DNe	Dor Neuropática
DNe P	Dor Neuropática periférica
DNe C	Dor Neuropática Central
DNPD	Dor Neuropática Periférica do Diabético
b.i.d.	Duas vezes ao dia (" <i>bis in diem</i> ")
EFNS	<i>European Federation of Neurological Societies</i>
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
IRSN	Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina
IRSS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NeuPSIG	<i>Neuropathic Pain Special Interest Group</i>
NPH	Nevralgia pós-herpética
NT	Nevralgia do Trigémio
t.i.d.	Três vezes ao dia (do latim, <i>ter in diem</i> )
VIH	Vírus Imunodeficiência Humana

## Referências Bibliográficas

- <sup>1</sup> Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor. Circular Normativa nº9/ DGCG, 14/06/2003. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>
- <sup>2</sup> NICE CG 173: *Neuropathic pain – pharmacological management. The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings*. November 2013. NICE clinical guideline 173. [guidance.nice.org.uk/cg173](http://www.nice.org.uk/cg173). Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14301/65782/65782.pdf>
- <sup>3</sup> Attal N, Cruccu G, Haanpää M, et al; *European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision*. Eur J Neurol 2010; 17:1113-e88
- <sup>4</sup> INFARMED. Prontuário. Disponível em [http://www.infarmed.pt/prontuario/mostra.php?origem=ono&flag\\_palavra\\_exacta=1&id=1999&palavra=Cymbalta&flag=1](http://www.infarmed.pt/prontuario/mostra.php?origem=ono&flag_palavra_exacta=1&id=1999&palavra=Cymbalta&flag=1)
- <sup>5</sup> Moulin DE et al. *Pharmacological Management of chronic neuropathic pain. Consensus statement and guidelines from The Canadian Pain Society*. Res Manage 2007; 12(1): 13-21
- <sup>6</sup> Ansari, Zarran. *Evidence-based pharmacological management of chronic pain*. IJBCP. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology. May-June 2013. Vol 2 (3).
- <sup>7</sup> Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al. *Redefinition of neuropathic pain and grading system for clinical use: consensus statement on clinical and research diagnostic criteria*. Neurology 2008; 70:1630-5
- <sup>8</sup> Direção-Geral da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direção-Geral da Saúde, 2001. Lisboa.
- <sup>9</sup> Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. *Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)*. Pain 2005; 114: 29-36.
- <sup>10</sup> Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. *painDetect: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain*. Curr Med Res Opin 2006; 22:1911-20.
- <sup>11</sup> Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, et al. *Recommendations for the Pharmacological Management of Neuropathic Pain: An Overview and Literature Update*. Mayo Clin Proc. 2010 Mar; 85 (3 Suppl):S3-14.

- <sup>12</sup> Torrance N, Smith BH, Bennett MI. *The epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results from a General Population Survey.* J Pain 2006; 7(4):281-9
- <sup>13</sup> Merskey H, Bogduk N editors. *Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definition of terms.* Seattle: IASP Press;1994.p210-3
- <sup>14</sup> Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, et al. *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population.* Pain 2008; 136:380-7
- <sup>15</sup> Turk DC, Robison JP. *Multidisciplinary assessment of patients with chronic pain.* In J. Ballantyne, J.Rathmell and S. Fishman (Eds.), *Bonica's Management of Pain* ( 4ª edição, pp 288-301).Philadelphia 2010 Lippincott Williams & Wilkins.
- <sup>16</sup> Miller LR, Cano A. *Comorbid chronic pain and depression: Who is at risk?* J Pain 2009; 10:619-27
- <sup>17</sup> Loeser JD, Treede RH. *The Kyoto Protocol of IASP Basic Pain Terminology.* Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18583048>
- <sup>18</sup> International Association for the study of Pain (IASP). *Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain.* Vol XVIII, Issue 7. September 2010. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&CONTENTID=15084&SECTION=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>
- <sup>19</sup> Hansson P, Backonja M, Bouhassira D. *Usefulness and limitations of quantitative sensory testing: clinical and research application in neuropathic pain states.* Pain 2007; 129(3):256-9.
- <sup>20</sup> Dworkin RH, Jensen MP, Gammaitoni AR, et al. *Symptom profiles differ in patients with neuropathic versus non-neuropathic pain.* J Pain 2007; 8 (2) 118-126.
- <sup>21</sup> Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. *Versão portuguesa do NeuropathicPain Questionnaire (DN4) do French Neuropathic Pain Group.* Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Bouhassira, Didier, PhD.
- <sup>22</sup> Nanna B Finnerup\*, Nadine Attal\*, Simon Haroutounian, Ewan McNicol, Ralf Baron, Robert H Dworkin, Ian Gilron, Maija Haanpää, Per Hansson, Troels S Jensen, Peter R Kamerman, Karen Lund, Andrew Moore, Srinivasa N Raja, Andrew S C Rice, Michael Rowbotham, Emily Sena, Philip Siddall, Blair H Smith, Mark Wallace. *Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults:a systematic review and meta-*

- analysis*. Lancet Neurology; February 2015; Vol 14; 162–73. Published Online January 7, 2015;  
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
- <sup>23</sup> Circular Informativa Conjunta N.º 02/INFARMED/SPMS Data: 13/03/2015; Assunto: Prescrição da Pregabalina.
- <sup>24</sup> Amanda Peltier, Stephen A. Goutman, Brian C. Callaghan; *Painful diabetic neuropathy* BMJ 2014;348:g1799
- <sup>25</sup> DE Moulin, A Boulanger, AJ Clark, et al. *Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society*. Pain Res Manag 2014;19 (6):328-335
- <sup>26</sup> James C. Watson, MD, and P. James B. Dyck, MD; *Peripheral Neuropathy: A Practical Approach to Diagnosis and Symptom Management*; Mayo Clin Proc; July 2015; 90(7):940-951;  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.05.004>
- <sup>27</sup> Mick G, Baron R, Brix Finnerup N, Hans Guy, Kern Kai-Uwe, et al. *What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term*. Pain Manage. 2012.
- <sup>28</sup> Vadivelu, Nali net al. *Tapentadol extended rease in the management od peripheral diabetic neuropathic*. Dove Press jornal: Therapeutic and Clinical Risk Management. Jan 2015.
- <sup>29</sup> INFARMED. SPMS. Circular Informativa Conjunta N.º02/INFARMED/SPMS de 13/03/2015. Prescrição da Pregabalina. INFARMED. SPMS.
- <sup>30</sup> Javed Saad et al. *Treatment of painful diabetic neuropathy*. Ther Adv Chronic Dis. 2015, Vol. 6(1) 15–28. DOI: 10.1177/2040622314552071.
- <sup>31</sup> Finnerup, Nanna B. et al. *Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Neurol 2015; 162–73. Acedido em 2-3-16 [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0).

## ANEXOS

### Anexo I - Taxonomia relativa à dor neuropática. (IASP, 2008)

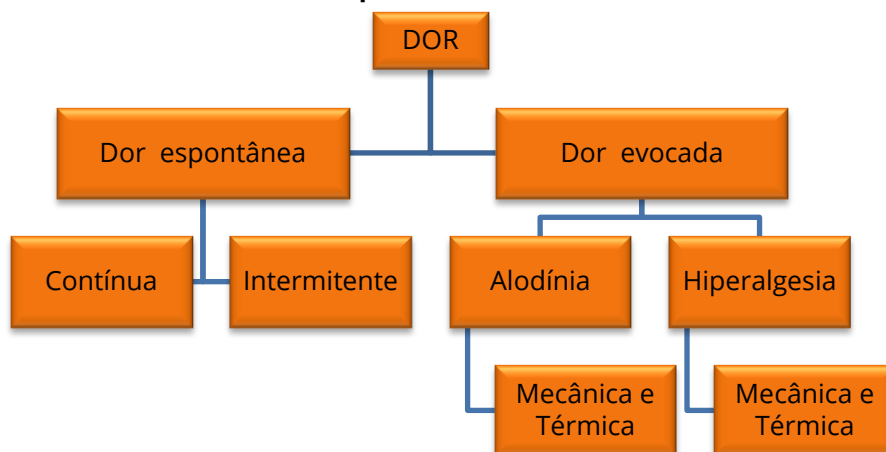
#### Quadro 1 - Taxonomia relativa à dor neuropática (IASP, 2008)

<b>Dor</b>	<b>Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrito em termos dessa lesão</b>
<b>Nociceção</b>	Processo neuronal de codificar e processar o estímulo nódico
<b>Dor nociceptiva</b>	Dor em consequência da ativação dos nociceptores.
<b>Dor neuropática</b>	Dor em consequência de uma lesão ou doença afetando o sistema somatossensorial
<b>Parestesia</b>	Sensação anormal quer espontânea quer evocada, habitualmente descrita como formigueiro, picadas ou choque elétrico
<b>Disestesia</b>	Sensação desagradável, por vezes dolorosa, espontânea ou evocada
<b>Hipostesia</b>	Diminuição da sensibilidade a estímulos sensoriais
<b>Hiperestesia</b>	Aumento da sensibilidade a estímulos sensoriais
<b>Hipoalgesia</b>	Resposta dolorosa diminuída a um estímulo doloroso
<b>Hiperalgesia</b>	Resposta dolorosa aumentada a um estímulo doloroso
<b>Alodinia</b>	Dor em resposta a estímulo não doloroso

Fonte: Loeser JD, Treede RH. *The Kyoto Protocol of IASP Basic Pain Terminology* (aprovada a *Basic Pain Terminology* do Protocolo de *Kyoto* da IASP de 2008) Atualização dos conceitos de nociceção, dor nociceptiva, dor neuropática, alodínia e hiperalgesia<sup>17</sup>.

## Anexo II

### Quadro 1 - Sinais e sintomas de dor neuropática



Fonte: International Association for the Study of Pain (IASP). *Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain*. Vol XVIII, Issue 7. September 2010<sup>18</sup>.

### Quadro 2 - Sinais e sintomas clínicos de dor neuropática

Sinais e sintomas positivos	Sinais e sintomas negativos
Hiperalgisia - frio, calor, picada, pressão	Hipostesia - dolorosa, térmica, mecânica
Hiperestesia - térmica, mecânica	
Alodínia	

Fonte: Modificada de Woolf and Mannion 1999, Hansson *et al.* 2007<sup>19</sup>.

### Quadro 3 - Descritores verbais na dor neuropática

Dor neuropática
Dormência
Formigueiro/picada
Ardor/calor/queimadura
Compressão/aperto
Guinada
Dor lancinante/choque elétrico
Frio doloroso

Fonte: Dworkin, R et al. *Symptom profiles differ in patients with neurophathic versus no-neurophathic pain*. JPain 2007; 8 (2) 118-126<sup>20</sup>.

Anexo III - Questionário específico para rastreio de dor neuropática - DN4

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE  
DOR NEUROPÁTICA – DN4

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

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

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

1 – Queimadura

sim

não

2 – Sensação de frio doloroso

3 – Choques eléctricos

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

4 – Formigueiro

sim

não

5 – Picadas

6 – Dormência

7 – Comichão

EXAME DO DOENTE

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

8 – Hipoestesia ao tacto

sim

não

9 – Hipoestesia à picada

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

10 – Fricção leve (“*brushing*”)

sim

não

Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD.

Fonte: Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Bouhassira, Didier, PhD.

## Anexo IV – Fármacos do Prontuário do Infarmed

### Quadro 5 - Fármacos do Prontuário do Infarmed<sup>4</sup>

<b>Fármacos</b>	<b>Licenciamento para a DNe</b>
<b>Amitriptilina</b>	Não licenciada para DNe
<b>Capsaicina 8% adesivo</b>	Licenciada para DNe P (disponível em ambulatório hospitalar)
<b>Carbamazepina</b>	Licenciada para NT
<b>Duloxetina</b>	Licenciada para DNPD
<b>Gabapentina</b>	Licenciada para DNe P
<b>Imipramina</b>	Não licenciada para DNe
<b>Lidocaína 5% emplastro</b>	Licenciada para NPH
<b>Nortriptilina</b>	Não licenciada para DNe
<b>Oxcarbazepina</b>	Licenciada para NT
<b>Pregabalina</b>	Licenciada para DNe P e DNe C
<b>Tramadol</b>	Licenciada para dor moderada a severa
<b>Venlafaxina</b>	Não Licenciada para DNe