



– Doença/Agravo:

## ✓ DOR CRÔNICA

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- R 52.1 — Dor crônica intratável.
- R 52.2 — Outra dor crônica.

– Medicamento(s) disponível(is):

- **GABAPENTINA 300 mg – 400 mg (por cápsula);**
- **CODEÍNA 30 mg – 60 mg (por comprimido);**
- **METADONA 5 mg (por comprimido);**
- **MORFINA 10 – 30 mg (por comprimido).**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria SAS/MS nº 1.083 – 02/10/2012 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos podem ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

### [ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

**ATENÇÃO:** Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade.

**A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.**

**1 – Prescrição médica devidamente preenchida:** O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. **Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).**

**1.1 – Se solicitado CODEÍNA E GABAPENTINA:**

- RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (cor branca) conforme a Portaria nº 344/98. O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).

**(Validade máxima de 30 dias corridos a contar da data da emissão)**

**1.2 – Se solicitado METADONA e MORFINA:**

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA (cor amarela) conforme a Portaria nº 344/98. O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).



(Validade máxima de 30 dias corridos a contar da data da emissão)

**2 – Relatório médico, devidamente assinado e carimbado, informando:**

- os sinais e sintomas;
- os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas;
- se o paciente apresenta dor com duração superior a 30 (trinta) dias.

**3 – Apresentar a Escala Visual Analógica – EVA – Anexo I.**

**4- Apresentar a Escala de Dor da Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs – LANSS – Anexo II**

**5- Apresentar os Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista, segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde – Anexo III.**

**6 – Documentos pessoais do paciente:**

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

**7 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

**8 – LME** (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

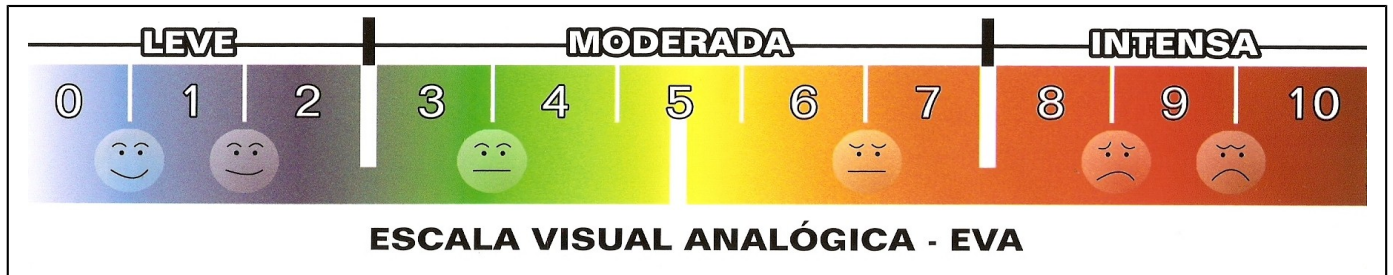
**[ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME](#)**

**[LME](#)**

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (**90**) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.

**ANEXO I - ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA**  
**Para ser preenchido pelo Médico Solicitante.**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_



**Questione o paciente:**

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor?

**OBS.:** Deixe-o falar livremente e faça observações na pasta sobre o que ele falar. Procure tomar cuidado para não sugerir ao paciente.

**Análise:**

Se não tiver dor, a classificação é **ZERO**.

Se a dor for moderada, seu nível de referência é **CINCO**.

Se for intensa, seu nível de referência é **DEZ**.

**ESCORE TOTAL (máximo 10):** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico solicitante**



**ANEXO II – ESCALA DE DOR LANNIS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)  
Para ser preenchida pelo médico solicitante.**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

**A. QUESTIONÁRIO DE DOR**

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

***1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.***

- a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]
- b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

***2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.***

- a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]
- b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.....[5]

***3) A sua dor faz com que a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.***

- a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]
- b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

***4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.***

- a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma .....[0]
- b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

***5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.***

- a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]
- b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]



## **B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)**

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas, avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

### **6) ALODINIA**

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

### **7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA**

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

### **ESCORE:**

*Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.*

**ESCORE TOTAL (máximo 24):** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico solicitante**



**ANEXO III - ESCADA ANALGÉSICA: DEGRAUS DO TRATAMENTO DA DOR NOCICEPTIVA E MISTA**, segundo Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para ser preenchida pelo médico solicitante.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Escada Analgésica da OMS: Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista (OMS, 2009).

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes*
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fortes

\*Fármacos destinados ao tratamento das comorbidades (antidepressivos ou relaxantes musculares).

**OBSERVAÇÃO:** O tratamento será considerado ineficaz, ou seja, haverá passagem para o degrau seguinte, caso os analgésicos não atenuem os sintomas de forma esperada, após uma semana, com a associação utilizada na dose máxima preconizada.

DEGRAU DO TRATAMENTO (máximo 3): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico solicitante





## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE Codeína, morfina, metadona e gabapentina.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina, indicados para o tratamento da **Dor Crônica**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- **codeína** - analgésico opiáceo fraco, usado para alívio da dor moderada; contraindicação - diarreia associada à colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo); efeitos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar;

- **morfina** - analgésico opiáceo forte, indicado para pacientes sem controle adequado da dor (em grau moderado, intenso ou muito intenso), para os quais a dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade; contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática; efeitos adversos mais relatados - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária; efeitos colaterais menos frequentes – fraqueza, dor de cabeça, insônia, perda de apetite, boca seca, coceira, batimentos acelerados do coração;

- **metadona** – analgésico opiáceo sintético de alta potência, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento; contraindicação - insuficiência respiratória grave; efeitos adversos mais relatados - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo; efeitos adversos menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração, dificuldade para urinar;

- **gabapentina** – antiepilético indicado para pacientes que apresentarem dor neuropática; efeitos adversos - diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náusea e vômitos, tontura, sonolência,



cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças.

As habilidades motoras e as capacidades físicas necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opiáceos não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte e nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará de um dos seguintes medicamentos:

**CODEÍNA.**                       **MORFINA.**                       **METADONA.**                       **GABAPENTINA.**

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.  **Sim.**     **Não.**

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico responsável:		
Assinatura e Carimbo do Médico:	CRM:	UF:

**Observação:**

- Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em 02 vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

- Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.