

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RODRIGO MOTTA QUINET DE ANDRADE

**DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UM PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2014

RODRIGO MOTTA QUINET DE ANDRADE

**DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UM PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Daniela Coelho Zazá

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2014

RODRIGO MOTTA QUINET DE ANDRADE

**DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UM PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovado em Belo Horizonte: 07/06/2014

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para sistematização e aprimoramento do atendimento de portadores de dor crônica por uma equipe multidisciplinar, possibilitando uma reabilitação psicossocial mais adequada. No diagnóstico situacional foi observado um elevado número de pessoas portadoras de dor crônica. Baseando-se neste problema foram selecionados os seguintes nós críticos: processo de trabalho inadequado da Estratégia Saúde da Família e ausência de terapias alternativas disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação do projeto “**Menos dor, por favor**”, que visa otimizar a abordagem ao paciente portador de dor crônica de forma multidisciplinar e do projeto “**Integralidade**”, que objetiva utilizar outras formas terapêuticas para auxiliar o tratamento medicamentoso da dor crônica.

Palavras chave: dor crônica, equipe multidisciplinar, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to develop an action plan for systematization and improvement of care of patients with chronic pain by a multidisciplinary team, providing more adequate psychosocial rehabilitation. In situational diagnosis, a high number of people suffering from chronic pain was observed. Based on this problem the following critical nodes were selected: process of inappropriate work of the Family Health Strategy and the absence of available alternative therapies in the unified health system (UHS). Based on these critical nodes the action strategies were proposed: the creation of the project "Less pain, please", which aims to optimize the approach to the patient with chronic pain by a multidisciplinary team and the project "Integrality", which aims to apply other therapeutic methods to assist the drug treatment of chronic pain.

Keywords: chronic pain, multidisciplinary team, Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
1.1	Justificativa	06
1.2	Objetivo	07
1.3	Metodologia	07
2	REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1	Dor crônica.....	09
2.2	Epidemiologia da dor crônica.....	09
2.3	Síndromes Dolorosas.....	11
2.4	Abordagem Comportamental	12
2.5	Abordagem medicamentosa	13
2.6	Grupos Operativos	14
2.7	Tratamentos alternativos	15
3	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
3.1	Definição e Priorização dos problemas	16
3.2	Explicação do problema	16
3.3	Seleção dos nós críticos	16
3.4	Desenho das operações	17
3.5	Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano	17
3.6	Elaboração do Plano Operativo	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

O início da minha trajetória profissional na área da Saúde ocorreu no ano de 2012, como médico, no Programa Saúde da Família em Bicas, Minas Gerais. A inserção nessa área possibilitou-me vivenciar o processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família e me motivou a estudar e buscar conhecimento para aprimorar minha atuação. Sendo assim, ingressei em 2013 no curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF) oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Durante o primeiro semestre do curso realizei um diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sudeste e percebi uma alta demanda por atendimentos em que a tradução da queixa principal era a dor crônica.

A dor crônica é aquela com duração maior do que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente. A dor crônica já é considerada um problema de saúde pública em função da alta prevalência, do alto custo e do impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (MONTINI; NEMAN, 2012).

A dor pode levar a grande prejuízo na qualidade de vida, resultando em limitações físicas e funcionais, impactando na vida social, no trabalho e no bem estar pessoal. “As consequências biopsicossociais da dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e tratamento” (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007, p. 1152).

A dor crônica consiste em uma patologia em si, sendo reconhecida pela 10ª Revisão do Código Internacional das Doenças - Organização Mundial de Saúde (MONTINI; NEMAN, 2012).

As pessoas mais atingidas pela dor crônica na ESF Sudeste são mulheres com idade acima dos 40 anos. Dessa forma, identifiquei a necessidade de uma abordagem diferenciada a esse grupo populacional para que as mesmas pudessem ser beneficiadas com um efeito qualitativo positivo em suas vidas.

1.1 Justificativa

Considerando que a dor crônica é um dos principais motivos que leva os pacientes a procurarem atendimento médico, torna-se uma importante condição que deve ser abordada adequadamente na atenção primária. O reconhecimento e a

aceitação pela equipe da patologia como uma condição crônica permitem não só uma intervenção medicamentosa adequada, mas também, e não menos importante, uma abordagem psicossocial. Muitos serviços da ESF não enquadram a dor como uma condição crônica que requer apoio multidisciplinar da equipe. A criação de grupos operativos é uma alternativa para a otimização terapêutica desses pacientes.

Assim, pela grande demanda de atendimentos que tem por queixa a dor crônica e a recorrência desses; pelos efeitos psicossociais que a patologia acarreta; pela perda de qualidade de vida para o paciente; e pelo desafio que é para o médico o tratamento desses pacientes faz-se necessário um projeto de intervenção para melhor atendimento terapêutico à população.

1.2 Objetivo

Elaborar um plano de ação para sistematização e aprimoramento do atendimento de portadores de dor crônica, através de uma equipe multidisciplinar, possibilitando melhor reabilitação psicossocial.

1.3 Metodologia

Foi realizado, inicialmente, um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Sudeste com objetivo de identificar os principais problemas e definir as ações a serem realizadas. Através do diagnóstico situacional foram levantados diferentes problemas, como por exemplo, hipertensão ou diabetes descompensado, sedentarismo, tabagismo, entre outros. Entretanto, selecionou-se o “elevado número de pessoas com dor crônica” como o principal problema. Para realização do diagnóstico situacional foi adotado o método de estimativa rápida através da equipe da ESF, observação da região e verificação de registros existentes no local (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Baseando-se no problema selecionado, foi realizada uma revisão de literatura narrativa através dos seguintes descritores: “Dor Crônica” e seu correspondente em inglês “Chronic Pain” associado aos termos “Atenção Primária à Saúde”/“Primary Health Care” ou “Programa Saúde da Família”/“Family Health Program”; além de livros textos que abordem tal tema.

Com os dados do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi apresentado um plano de ação para sistematização e aprimoramento do atendimento de portadores de dor crônica da ESF Sudeste.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dor crônica

Como já mencionado anteriormente, a dor crônica é aquela com duração maior do que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (MONTINI; NEMAN, 2012). A dor crônica, que já é uma patologia em si e não simplesmente um sintoma, influencia negativamente a qualidade de vida das pessoas, levando a limitações físicas e funcionais, impactando na vida social, no trabalho e no bem estar pessoal (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007).

Qualquer dor gera grande ansiedade ao paciente, envolvendo não só o sistema sensorio, como também o emocional. O tratamento dessa condição pode ser um desafio ao médico assistente, que tem que dispor de grande tempo para os pacientes, que se encontram abalados emocionalmente (FAUCI *et al.*, 2008). Além disso, não existem exames laboratoriais ou testes objetivos na avaliação da dor, dependendo, em grande parte, do relato do paciente (subjetivo) (MONTINI; NEMAN, 2012). Sendo assim, “as consequências biopsicossociais da dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e tratamento” (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007, p. 1152).

A dor crônica é causa de incapacidade e responde por grande demanda e gastos no setor de saúde. A dor crônica encontra-se entre as principais causas de licenças médicas, absenteísmo ao trabalho, aposentadoria por doença e baixa produtividade no trabalho (CORDEIRO *et al.*, 2008).

Os portadores de doença crônica, independente de qual seja, utilizam o sistema de saúde consideravelmente mais do que a população em geral. “Os portadores de doenças crônicas, embora correspondam a cerca de 20% dos pacientes, consomem cerca de 80% dos recursos” (ALMEIDA *et al.*, 2002, p. 744).

2.2 Epidemiologia da dor crônica

Os estudos epidemiológicos são fundamentais para a compreensão da dor, pois possibilitam a análise da distribuição e dos determinantes da sua ocorrência em

populações ou grupos de indivíduos, entretanto existem várias barreiras teóricas e metodológicas que limitam a investigação epidemiológica sobre dor (TEIXEIRA *et al.*, 2001). Os mesmos autores afirmam que grande parte das dificuldades é fundamentada na natureza complexa da dor que apresenta numerosos aspectos fisiopatológicos, interações psicológicas e sociais e grande diversidade de apresentações e de fatores causais.

De acordo com Almeida *et al.* (2002) diferentemente de outros problemas de saúde, os problemas crônicos parecem afetar com frequência semelhante os diversos grupos sociais, apesar da sua gravidade ser maior entre os socialmente excluídos.

Segundo Teixeira *et al.* (2001) no Brasil, mais de 1/3 da população julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de 3/4 considera que a dor crônica limita as atividades recreacionais, relações sociais e familiares.

O estudo realizado por Kreling, Cruz e Pimenta (2006) com 505 funcionários da Universidade Estadual de Londrina (Paraná) mostrou prevalência de dor crônica em 61,4% da amostra, sendo que as mulheres relataram mais dor do que os homens. Além disso, os autores verificaram que os locais mais frequentes de dores são: a cabeça (26,7%), a região lombar (19,4%) e os membros inferiores (13,3%).

No estudo de Cipriano, Almeida e Vall (2011) com 111 pacientes com queixas de dor crônica atendidos no ambulatório de dor do Instituto de Neurologia de Curitiba (INC) a prevalência de dor crônica também foi superior no gênero feminino e as dores crônicas mais frequentes foram: lombalgia, seguida de dor nos membros inferiores, cervicalgia, membros superiores, dor generalizada, cefaleia e dor orofacial.

De acordo com o Pazinato (2013) as cefaleias, as síndromes dolorosas miofasciais, a fibromialgia, as artropatias, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho são as razões mais comuns da procura pelas clínicas de dor.

Em relação à atenção primária, Cordeiro *et al.* (2008) afirmam que as causas mais prevalentes de dor crônica na atenção primária à saúde são as lombalgias e as cefaleias.

Grande parte dos pacientes alega que tem como fator de piora dos sintomas o exercício de atividades ligadas ao trabalho. Em relação à frequência do aparecimento do sintoma “dor”, até 75% dos indivíduos que procuram atendimento referem sentir dores diárias (MATA *et al.*, 2011).

2.3 Síndromes Dolorosas

As síndromes são agrupadas pelos locais acometidos, não havendo compromisso nessa classificação segundo a etiologia ou patologia. É comum, inclusive, a superposição de várias síndromes (OLIVEIRA, 2000).

Na enxaqueca, além do controle da dor aguda, faz-se importante evitar novas crises nos pacientes susceptíveis à recorrência. O tratamento profilático visa também identificar elementos que desencadeiam novas crises, evitá-los e afastá-los. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as neuralgias e com quadros mais raros, como doença oclusiva da carótida externa, arterite e tendinite temporal (GOZZANI, 2001).

A dor lombar é observada sempre como primeira ou segunda maior causa de dor crônica, sendo que de 15 a 37% dos casos são dores incapacitantes. (GOZZANI, 2001). De grande importância é o diagnóstico da origem da dor, que nem sempre é possível, mas quando identificado as maiores causas são hérnia de disco, espondilolistese, estenose do canal espinhal, instabilidade da coluna, fratura de vértebras, tumores, infecção ou doença inflamatória (BRAZIL, 2004).

A fibromialgia tem alta prevalência e possui características fisiopatológicas próprias com “anormalidade nos neurotransmissores relacionados aos circuitos antinociceptivos no sistema nervoso central” e diminuição do limiar subjetivo de dor. Já a dor miofascial é responsável por grande parcela das dores cervicais e lombares, apresentando pontos-gatilho com nódulos hiperirritáveis da musculatura (cordões), porém de fisiopatologia ainda pouco clara (GOZZANI, 2001). Deve-se saber que são síndromes distintas que possuem características definidas. Os pontos dolorosos da fibromialgia tem local definido, não formam nódulos e são acompanhados de fadiga, alterações do sono e de ordem psicológica (KAZIYAMA, 1998).

A síndrome dolorosa regional complexa é uma nova denominação para a distrofia simpático reflexa e causalgia. A causa mais frequente para essa condição é o trauma, seja por imobilização, intervenção cirúrgica, esmagamento, laceração ou por trauma mínimo imperceptível, como movimentos repetitivos. O diagnóstico é clínico, em que se observa dor em “botas” ou “luvas”, em forma de queimação ou peso com a presença ou não de fenômenos vasomotores e edema (GOZZANI, 2001).

Por fim, a dor oncológica ocorre em várias circunstâncias no câncer, sendo mais comum a provocada por metástase óssea, porém também pode ocorrer dor

visceral por invasão de vísceras ocas. Pode haver dor por manifestação paraneoplásica com neuropatia sensitivo-motora e a radioterapia ou a quimioterapia também são causadoras de síndromes dolorosas crônicas (MARTÍN; GUILLERMO, 2003).

2.4. Abordagem Comportamental

A dor crônica, em geral, acarreta longa história de doença, grande sofrimento psíquico e comprometimento laborativo e físico, associando-se, assim, a descrença no tratamento e, conseqüentemente, baixa adesão ao mesmo, uma vez que o indivíduo experimentou tratamentos anteriores que não surtiram efeitos satisfatórios. Comumente, julgamos os pacientes não aderentes ao tratamento como os que mais possuem alterações de ordem psíquica, porém há evidências de que esses são os que têm maior disposição para melhora da dor e do humor. Uma das características que se associa a maior adesão ao tratamento é a solicitude, que é traduzida por um comportamento atencioso e cuidadoso frente ao paciente (KURITA; PIMENTA, 2006).

O modelo cognitivo comportamental considera que os valores, as atitudes e as crenças, participam da experiência dolorosa, influenciam na percepção, expressão e manejo da dor, e há indícios de que possam influir na adesão ao plano terapêutico (KURITA; PIMENTA, 2006, p.424).

Nos pacientes de dor crônica observa-se uma dissociação da crença do doente em ser possuidor de uma doença com a postura tranquilizadora do médico. A dor é influenciada por mecanismos psicossociais e a mudança comportamental exige do médico uma abordagem individual do paciente, assim como ações da sociedade. Faz-se importante retirar o indivíduo do papel de doente (OLIVEIRA, 2000).

Kurita (2003) e Vandenberghe (2005) defendem que a sucessão de falhas terapêuticas pode comprometer o sucesso futuro, pois segundo a Terapia Comportamental Clássica deve-se enfrentar a dor e não simplesmente controlá-la, pois o paciente acaba experimentando, inevitavelmente, a mesma, que provoca preocupação, medo e passa a ter importância na vida da pessoa. Porém, enfrentar as dificuldades, aceitar as emoções negativas e um envolvimento com a vida, ajuda a conquistar a saúde mental.

Por fim, resta solidificar a ideia de que dor e comportamento estão estreitamente relacionados.

2.5. Abordagem medicamentosa

Em doentes com dor crônica o foco principal não é a retirada completa do sintoma como ocorre na dor aguda. O bem-estar e melhora da qualidade, com a mudança da percepção de dor pelo paciente deve ser priorizado (YENG *et al.*, 2006).

A escolha farmacológica, a titulação e a prescrição regular é algo natural, porém o mais importante na tomada de decisão é a reavaliação contínua. Através dessa será possível realizar adequado ajuste de dose, associação de medicamentos e atenção aos detalhes que podem ser necessários para garantir o controle do processo de dor (INCA, 2001).

A OMS propõe um escalonamento da dor, através de “Degraus da Escada Analgésica”, considerando a escolha dos fármacos de acordo com a severidade da dor. A dor leve deve ser tratada com analgésicos/AINES (anti-inflamatórios não esteroidais), a dor moderada com analgésicos/AINE associados a um opióide fraco e a dor intensa com analgésicos/AINE associado a um opióide forte, sendo que nos três degraus são cabíveis drogas adjuvantes. Os fármacos adjuvantes são representados pelos antidepressivos e antiepiléticos (PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA DOR CRÔNICA, 2012).

O alívio da dor com antidepressivos, se faz em doses menores e maior rapidez que o efeito antidepressivo. Os tricíclicos são preferencialmente usados em dores constantes associadas a parestesias e em dores neuropáticas (INCA, 2001). Enquanto isso, na dor nociceptiva, não há evidencia de superioridade da amitriptilina sobre o placebo (GOLDMAN *et al.*, 2010). Nortriptilina e amitriptilina também são úteis no tratamento de neuralgia pós-herpética (WATSO *et al.*, 1998). Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (2012) a fluoxetina parece ser útil no alívio da dor, porém exhibe taxas de sucesso inferiores aos antidepressivos tricíclicos.

Os antidepressivos tricíclicos exibem efeitos anticolinérgicos adversos (boca seca, visão embaçada, constipação, retenção urinária) o que pode levar a abandono de tratamento. Assim a dose do medicamento deve ser aumentada gradativamente (INCA, 2001).

Os anticonvulsivantes são úteis em dor neuropática lancinante, em compressão medular, em dor pós-herpética e as associadas à esclerose múltipla (INCA, 2001).

A pregabalina, quando comparada a amitriptilina, não exibe diferença significativamente estatística em dor neuropática (MORELLO *et al.*, 1999). Assim, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (2012), é uma opção de tratamento em refratariedade ou intolerância aos antidepressivos tricíclicos. A pregabalina, conforme meta-análise, é eficaz em neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética dolorosa, dor neuropática central e fibromialgia, tendo seus efeitos já observados na dose mínima de 300mg (MOORE *et al.*, 2011).

Em função dos elevados índices de efeitos colaterais, o topiramato não deve ser usado de rotina em tratamento de dor (KHOROMI *et al.*, 2005).

2.6. Grupos Operativos

A montagem de um grupo de psicoterapia analítico-funcional exige que haja uma seleção de pessoas que vivenciam problemas semelhantes. A pretensão do grupo é redefinir a forma que o paciente experimenta e interage com a dor, com uma mudança de atitude do próprio paciente (VANDENBERGHE; CRUZ; FERRO, 2003). As síndromes dolorosas crônicas requerem atenção na perda de capacidade do paciente em sentir interesse em eventos do mundo externo com risco de acarretar em comprometimento das atividades físicas, sociais e profissionais, surgindo padrões de esquiva que deteriora progressivamente a qualidade de vida (VANDENBERGHE, 2005).

A troca de experiências e o confronto das diversas posturas diante as situações adversas, facilita afastar os pensamentos prejudiciais e a promover mudanças de vida do cotidiano. Momento esse em que crenças errôneas são desfeitas por material informativo e por postura ativa do próprio grupo; planejamento para lidar com os problemas pessoais é enfocado; e a “elaborar seus sentimentos e usá-los de forma inteligente (VANDENBERGHE; FERRO, 2005).

2.7. Tratamentos alternativos

A medicina física leva à melhora psicocomportamental e possibilita a redução do consumo de analgésicos. São de baixo custo com poucos efeitos colaterais e pode ser combinada com outros métodos. As terapias físicas consistem em exercícios físicos, terapia manual, eletro, termo e hidroterapia (YENG *et al.*, 2006).

Há resultados com valor positivo na correlação de atividade física e dor crônica. Pois, em ensaios clínicos, foi demonstrado que a prática regular de exercício físico é eficaz no tratamento de dores nociceptivas e fibromialgia (BROSSEAU *et al.*, 2008; YOUNG *et al.*, 2009), porém em dor aguda há pouca melhora do quadro.

Quanto à acupuntura, grande parte dos trabalhos tem problemas metodológicos, o que dificulta a determinação de sua eficácia. Todavia, ela mostrou-se eficaz na dor miofascial (TOUGH *et al.*, 2009), assim como em osteoartrite (MANHEIMER *et al.*, 2010) e na dor muscular crônica (MADSEN; GOTZSCHE; HRÓBJARTSSON, 2008).

Em dores musculares e nociceptivas, uma meta-análise concluiu que terapia cognitiva comportamental, massagem, reabilitação e calor local são alternativas eficazes para o tratamento da dor (CHOU *et al.*, 2007).

3 PLANO DE AÇÃO

3.1 Definição e Priorização dos problemas

Durante minhas atividades na ESF, percebi que algumas doenças tinham alta demanda de atendimento e que acometiam grande parcela da população. As que mais se destacavam eram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), o tabagismo e a dor crônica. A HAS era a mais prevalente seguida do DM e, dessa forma, grupos operativos, controles periódicos, rastreio e orientação à população já eram realizados para essas patologias. Grupos de cessação de tabagismo também já existiam. Por fim, estava descoberta a abordagem à dor crônica que, além de ter expressiva prevalência, é uma condição espoliante da qualidade de vida do indivíduo. Assim, optei por priorizar a dor crônica e elaborar para a mesma um plano de intervenção.

3.2 Explicação do problema

As pessoas mais atingidas pela dor crônica na ESF Sudeste são mulheres com idade acima dos 40 anos. Desta forma, pela grande demanda de atendimentos que tem por queixa a dor crônica e a recorrência desses; pelos efeitos psicossociais que a patologia acarreta; pela perda de qualidade de vida para o paciente; e pelo desafio que é para o médico o tratamento desses pacientes faz-se necessário um projeto de intervenção para melhor atendimento terapêutico à população.

3.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao “elevado número de pessoas portadoras de dor crônica”.

- Processo de trabalho inadequado da ESF;
- Ausência de terapias alternativas disponíveis pelo SUS;

3.4 Desenho das operações

As operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Sudeste para a solução dos nós críticos estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Processo de trabalho inadequado da ESF	“Menos dor, por favor” Otimizar a abordagem ao paciente portador de dor crônica de forma multidisciplinar.	Promover melhora da qualidade de vida; modificar a percepção que o paciente tem da doença; obter controle da condição crônica com limitação da agudização.	Abordagem multidisciplinar do paciente; emprego de tratamentos alternativos; e otimização da terapia medicamentosa.	Organizacional: organização da agenda Cognitivo: conhecimento do tema pelo médico e estratégias de informação e pedagógicas Político: apoio da secretaria de saúde, articulação dos setores de saúde e adesão dos profissionais fisioterapeutas, Profissionais de Educação Física e psicólogos, Financeiro: aquisição de material educativo
Ausência de terapias alternativas disponíveis pelo SUS	“Integralidade” Buscar formas terapêuticas adjuvantes a medicamentosa no tratamento da dor crônica	Otimizar a terapêutica dos pacientes com uma abordagem mais completa.	Disponibilizar atividade física orientada e psicoterapia aos pacientes portadores de dor crônica.	Político: financiamento da secretaria de saúde

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.5 Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano

No quadro 2 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações e a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 2 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados e proposta de ação para motivação dos atores

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
“Menos dor, por favor”	Financeiro: para aquisição de material educativo e estímulo à atividade física (vídeos, folhetos...)	Secretário de saúde	Favorável	Desnecessária
“Integralidade”	Financeiro: para contratação de profissionais	Secretário de saúde	Favorável	Desnecessária

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.6 Elaboração do Plano Operativo

Para poder atuar e modificar a realidade que a ESF vivencia em relação à dor crônica, primeiramente devemos adscrever todos os pacientes que queixam dor com recorrência através dos agentes comunitários. Tais pacientes devem ser reavaliados pelo médico para que seja feito o diagnóstico de cronicidade da dor.

De forma concomitante a essa ação a enfermeira buscará recursos necessários com a secretaria de saúde e o médico buscará o apoio e facilidade de encaminhamento dos pacientes para os profissionais de outras áreas que são necessários para o tratamento integral ao paciente.

Uma vez identificado tais pacientes, o apoio do gestor e dos outros setores de saúde estabelecido, deve, o médico, individualizar o tratamento de cada paciente de forma a otimizá-lo. O foco do tratamento deve deixar de ser o alívio imediato dos sintomas, sem a obrigatoriedade de manter o doente completamente assintomático, porém mudar a percepção desse em relação a dor. Para isso, a individualização se faz importante, sempre avaliando a necessidade de terapias alternativas, psicoterapia e medicamentos associados.

Por fim, após decorrido seis meses, faz-se interessante a realização de um levantamento da resposta desse grupo de pacientes frente à abordagem proposta por esse plano de intervenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o plano de ação aqui proposto tenha condições de estimular a busca de conhecimento sobre dor crônica e modificar a percepção que a equipe de estratégia da saúde tem sobre tal condição, podendo, assim aprimorar o atendimento aos doentes.

A finalidade do plano de ação proposto é, portanto, modificar a abordagem dos pacientes portadores de dor crônica e, conseqüentemente, promover melhora da qualidade de vida dos doentes e diminuição da prevalência da patologia.

A execução do plano de ação proposto é viável, fácil e rápido, uma vez que possui baixo custo, dependendo principalmente de organização, capacitação e determinação dos personagens envolvidos. Assim, pode gerar grande benefício à população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 743-756, 2002.

BRAZIL, A.V. *et al.* Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Rev. Bras. Reumatol.** [online]. v.44, n.6, pp. 419-425, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n6/05.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BROSSEAU, L. *et al.* Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. **Phys Ther**, v.88, n.7, p. 857-71, 2008.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p.

CHOU, R. *et al.* Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. **Ann Intern Med**, v.147, n.7, p. 492-504, 2007.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D.B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**. v.12, n.4, p. 297-300, 2011.

CORDEIRO, Q. *et al.* Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiatr**. v.15, n.2, p. 101-105, 2008.

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

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

GOLDMAN, R.H. *et al.* Low-dose amitriptyline for treatment of persistent arm pain due to repetitive use. **Pain**. v.149, n.1, p.117-23, 2010.

GOZZANI, J.L. Dor crônica: Principais Síndromes Dolorosas. In: YAMASHITA A.M. *et al.* **Anestesiologia SAESP**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro, 2001.

KAZIYAMA, H.H.S. Fibromialgia x Síndrome dolorosa miofascial. **Acta ortop. Bras**. v.6, n.3, p.133-138, jul-set, 1998.

KHOROMI, S. *et al.* Topiramate in chronic lumbar radicular pain. **J Pain**. v.6, n.12, p.829-836, 2005.

KRELING, M.C.G.D; CRUZ, D.A.L.M; PIMENTA, C.A.M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 4, p. 509-13, jul-ago, 2006.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica. **Arq Neuropsiquiatr**. V. 61, n. 2-B, p. 416-425, 2003.

MADSEN, M.V; GOTZSCHE, P.C; HRÓBJARTSSON, A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. **BMJ**, v.338, n. a3115, 2008.

MANHEIMER, E. *et al.* Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. **Cochrane Database Syst Rev**. v.1, 2010.

MARTÍN, A.S; GUILLERMO, T.G. Síndromes dolorosas. **Revista Clínica Electronica en Atención Primaria [online]**, 2003. Disponível em: <http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2006m9n10/rceap_a2006m9n10a3.pdf>. Acessado em: 14 jan. 2014.

MATA, M.S. *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.1, p. 221-230, 2011.

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

MOORE, R.A. *et al.* Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. **Cochrane Database Syst Rev**. v.3, 2011.

MORELLO, C.M. *et al.* Randomized double-blind study comparing the efficacy of gabapentin with amitriptyline on diabetic peripheral neuropathy pain. **Arch Intern Med**. v.159, n.16, p.1931-1937, 1999.

OLIVEIRA, J.T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 58, n. 2-A, p. 360-365, 2000.

PAZINATO, S. Mais de 28% dos brasileiros sofrem com dores crônicas. Disponível em: <http://www.diariodamanha.com/noticias.asp?id=59774> acessado em 11/12/13.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA DOR CRÔNICA. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

TEIXEIRA, M.J. *et al.* Epidemiologia clínica da dor musculoesquelética. **Rev. Med**. v. 80 (ed. esp. pt.1), p.1-21, 2001.

TOUGH, E.A. *et al.* Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Eur J Pain**, v.13, n.1, p. 3-10, 2009.

VANDENBERGHE, L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v 18, n. 1, p. 47-54, 2005.

VANDENBERGHE, L.; DA CRUZ, A.C.F.; FERRO, C.L.F. Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v. 5, p. 31-40, 2003.

VANDENBERGHE, L.; FERRO, C.L.F. Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 7, n. 1, p. 137-151, 2005.

WATSON, C.P. *et al.* Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. **Neurology**. v.51, n.4, p.1166-71, 1998.

YENG, L.T. *et al.* Medicina Física e Reabilitação em Doentes com Dor Crônica. In: TEIXEIRA, M.J. **Dor: Manual para o clínico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

YOUNG, I.A. *et al.* Manual therapy, exercise, and traction for patients with cervical radiculopathy: a randomized clinical trial. **Phys Ther**, v.89, n.7, p.632-42, 2009.