

LINHA DE CUIDADO

PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM

DOR CRÔNICA

DE SANTA CATARINA





GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

Jorginho Mello

VICE-GOVERNADORA

Marilisa Boehm

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Diogo Demarchi Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS

Claudia Gonsalves

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DAPS

Angela Maria Blatt Ortiga

GERÊNCIA DE ATENÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE - GAPPS

Maria Catarina da Rosa

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Marcus Aurélio Guckert

GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO

Jaqueline Reginatto

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA -| DIAF

Maria Teresa Bertoldi Agostini

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO – ÁREA TÉCNICA – DAPS

Angela Maria Blatt Ortiga

Fidel Cesário de Lima Albuquerque

Heloisa Cordeiro e Silva

Jaqueline Reginatto

Lia Quaresma Coimbra

Maria Catarina da Rosa

Priscila Juceli Romanoski

Valdete da Silva sant'Anna

Gabriel Poletti

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCNT	Condições Crônicas Não Transmissíveis
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
eAP	Equipe de Atenção Primária
EPCD	Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor
ERE	Equipes de Reabilitação Especializadas
eSF	Equipe de Saúde da Família
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	International Association for the Study of Pain
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
PAS	Programa Academia da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SISREG	Sistema de Regulação
STT	Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE QUADROS

- 1 - Recursos terapêuticos recomendados para o manejo da dor lombar crônica e fibromialgia.
- 2 - Referências por macrorregiões.
- 3 - Profissionais da Equipe Mínima para as Equipes de Reabilitação Especializadas (ERE).

LISTA DE FIGURAS

- 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC.
- 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC, adaptado para dor crônica.
- 3 - Ciclo “do Saber ao Fazer”.
- 4 - Método clínico centrado na pessoa e seus componentes.
- 5 - Fluxograma de pontos assistenciais e etapas de cuidado à pessoa com dor crônica em SC.

LISTA DE TABELAS

- 1 - Tipos e características da dor.
- 2 - Estimativa de cobertura da APS pela Regional de Saúde em Santa Catarina, Jan/2023.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. INTRODUÇÃO.....	6
EPIDEMIOLOGIA.....	7
DEFINIÇÕES.....	7
DIAGNÓSTICO.....	8
CLASSIFICAÇÃO.....	10
MODELO DE CUIDADO.....	11
TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS.....	15
TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS.....	19
3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS.....	22
3.2 ATENÇÃO A SAÚDE ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE.....	26
3.3 SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO.....	30
3.4 SISTEMAS DE GOVERNANÇA.....	31
4. ITINERÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	33
5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	34
6. FINANCIAMENTO.....	34
7. INDICADORES E MONITORAMENTO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1. APRESENTAÇÃO

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou que lembra a sensação causada por uma lesão tecidual, seja ela real ou potencial. Ela tem um conceito construído por cada pessoa de maneira independente, que sofre influências de fatores biopsicossociais e nas experiências dolorosas físicas e emocionais (CONITEC, 2022). É considerada um problema de saúde pública mundial que leva ao estresse físico e emocional, além de altos custos financeiros e sociais para a população e serviços de saúde (Aguilar, et al., 2021) envolvendo fatores biológicos, emocionais e sociais.

Quando a dor se torna crônica, sua avaliação e manejo requerem uma abordagem multidimensional em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). O status socioeconômico, o território, o acesso aos cuidados de saúde, a disponibilidade de atividade física e aspectos culturais têm impacto na experiência da dor e nas opções de tratamento. A dor crônica deve ser tratada na integralidade nos diferentes ciclos de vida.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) apresenta a Linha de Cuidado para Atenção à Saúde das Pessoas com Dor Crônica de Santa Catarina (Deliberação CIB Nº 481/2024) como forma de organizar o cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atualizando os fundamentos teóricos, o modelo de cuidado e as atribuições de cada ponto de atenção, além de outros instrumentos para profissionais da assistência e gestão em saúde. Essa linha de cuidado também busca atender as necessidades de assistência levando em consideração a Lei Estadual 18.162 de 2021, que institui o Programa Estadual de Cuidados para Pessoas com Fibromialgia no Estado de Santa Catarina e adota outras providências.

2. INTRODUÇÃO

Entre as Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT), a dor é uma das mais prevalentes e responsável pela maior causa de incapacitação em pessoas, além de altos custos ao sistema de saúde (Aguiar et al., 2021). A dor crônica não é só desafiadora para o indivíduo e a família, mas também para profissionais de saúde, sendo importante uma linha de cuidado que fortaleça os subsídios para o cuidado integral.

A Portaria/MS Nº 1.083 de 2012, atualizada em 2022, aprovou o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) da Dor Crônica](#), o qual contém o conceito geral da dor crônica, critérios para o diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. Em Santa Catarina, a Lei nº 18.162/2021, que *institui o Programa Estadual de Cuidados para Pessoas com Fibromialgia no Estado de Santa Catarina* objetiva oferecer serviços para o diagnóstico e tratamento da fibromialgia, ampliar o acesso das pessoas com fibromialgia, desenvolver campanhas e publicidades com a finalidade de disseminar o programa e capacitar as equipes de saúde e familiares através de atividades de educação permanente. A Lei nº 18.928, de 10 de junho de 2024 altera a Lei nº 17.292, de 2017, para equiparar a pessoa diagnosticada com Fibromialgia à pessoa com deficiência e possibilitar ao Poder Executivo a criação da Carteira Estadual de Identificação da Pessoa com Fibromialgia.

A seguir vamos apresentar a situação epidemiológica, definições, fisiopatologia, etiologia, modelo de cuidado, abordagem de tratamento não medicamentosos e tratamento medicamentoso.

EPIDEMIOLOGIA

A dor crônica é considerada um problema de saúde pública, cuja prevalência está constantemente em investigação (Aguiar et al., 2021). Estima-se que a prevalência de dor crônica no mundo esteja em torno de 10,1 a 55,5%, com uma média de 35,5%. No Brasil, estudos populacionais em adultos revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5% (Vasconcelos, Araújo, 2018; IBGE, 2014). Entre as dores crônicas a lombalgia é a mais comum (77%), seguida de dor no joelho, ombro, cabeça e pernas ou membros inferiores (50%) (IBGE, 2014). Evidências apontam que ansiedade, depressão, uso de medicamentos e consultas médicas aumentam de acordo com o grau de dor (Cabral et al., 2014), sendo a maior prevalência entre mulheres com idades entre 45 e 65 anos (Aguiar et al., 2021).

A fibromialgia é uma síndrome de dor difusa crônica acompanhada de sintomas somáticos, como fadiga, transtornos do humor, sono e cognição. Está presente em 2,5% a 5% da população, sendo predominante em mulheres (10 mulheres para um homem), com pico de incidência entre os 30 e 50 anos de idade (Chakr; Xavier, 2014).

DEFINIÇÕES

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) apresenta dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial”. É uma experiência subjetiva e influenciada em diferentes graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor e as suas aplicações, sendo que o relato de uma pessoa sobre sua experiência com a dor deve ser aceito como tal e respeitado. Embora a dor geralmente desempenhe um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos no bem-estar e nas funções sociais e psicológicas. A descrição verbal é apenas uma das várias formas de expressar a dor; a incapacidade de se comunicar não impede a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor, que sempre deve ser valorizada e levada em consideração pelo profissional de saúde.

Pode ser classificada em aguda e crônica, sendo a dor crônica aquela que persiste após três meses além do tempo habitual de cicatrização de uma lesão ou está associada a processos patológicos crônicos que causam dor contínua ou recorrente. Para dor músculo-esquelética não oncológica, três meses é o ponto de divisão mais conveniente entre dor aguda e crônica,

mas para fins de investigação, seis meses também é frequentemente utilizado (Aguiar et al., 2021).

No entanto, a classificação de cronicidade tem sido correlacionada não apenas ao tempo de duração, mas também à inabilidade do corpo em curar a disfunção ou a lesão que é a causa da dor. A lesão associada à dor crônica pode ultrapassar a capacidade do organismo em curá-la, ou o dano pode ocorrer de tal forma que impede o sistema nervoso de restabelecer seu estado normal (Gusso *et al.*, 2019).

DIAGNÓSTICO

A aversão à sensação de dor faz com que a pessoa evite situações em que será exposta a dano físico. Na dor aguda, esse mecanismo pode evitar o agravamento de uma lesão recente, por outro lado, na dor crônica pode reduzir as atividades diárias da pessoa e limitar os contatos sociais, influenciando negativamente na sua qualidade de vida, com consequências prejudiciais para a saúde. Nesse processo, existem três mecanismos biológicos implicados na dor: nociceptivo, neuropático e nociplástico. Estes, frequentemente coexistem, o que por vezes culmina na denominação de “dor mista” (CONITEC, 2022; Araújo *et al.*, 2020).

No que se refere especificamente a fibromialgia, os mecanismos mais aceitos para o entendimento fisiopatológico no momento envolvem o desequilíbrio entre a percepção dolorosa e os mecanismos de modulação dessas vias aferentes. Na literatura, os mecanismos reducionistas de explicação fisiopatológica da fibromialgia não têm encontrado respaldo e explicações multicausais são as mais aceitas, incluindo os mecanismos psicossociais (Riberto, Pato, 2004).

Através da anamnese e do exame físico é possível entender e categorizar a dor que a pessoa apresenta, tornando viável elencar as possíveis doenças e condições clínicas que a levaram à dor crônica. A avaliação da dor deve ser investigada quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, dos fatores que interferem na melhora ou piora da dor, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares. Além disso, para a atenção integral é importante considerar sentimentos, pensamentos, funções e expectativas da pessoa.

DURAÇÃO: dor crônica aquela que ultrapassa três meses de duração.

LOCALIZAÇÃO: auxilia na compreensão da fisiopatologia e na identificação das estruturas comprometidas, diagramas corporais podem ser utilizados para documentar o local e a magnitude da dor.

HISTÓRICO DA DOR: conhecer a história pregressa e atual auxilia nos possíveis fatores

desencadeantes e perturbadores da dor (traumatismos e cirurgias, ergonomia das atividades diárias, atividades esportivas e lazer, qualidade e duração do sono, frequência de despertares noturnos, bruxismo, posição de dormir, materiais e tempo de uso do colchão e do travesseiro, dependência química, como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas ilícitas, resultados aos tratamentos prévios, estressores psicossociais, ganhos secundários e litígios, expectativas da pessoa sobre o tratamento e as suas crenças sobre a sua dor.

INTENSIDADE: Considerar descritores verbais (nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, maior dor) e escalas numéricas de dor. Nenhuma escala é considerada padrão-ouro sendo necessário avaliar qual ferramenta que melhor se adequa a pessoa, sendo a Escala Visual Analógica (EVA) mais conhecida e utilizada.

CARACTERÍSTICA: A seguir descritivo apresentando tipo de dor e característica.

Tabela 1 - Tipos e características da dor.

Tipo de dor	Característica da dor	Exemplos
Nociceptiva Acomete os nociceptores das estruturas lesionadas.	Dor profunda, peso, pontada, latejamento, tensão, dolorimento, queimação.	Dores musculoesqueléticas em geral, ex. dor lombar ou cervical mecânicas, tendinopatias, osteoartrite; dor miofascial; algumas cefaleias e dores viscerais; insuficiência vascular periférica, metástases óssea, amputação, compressão tumoral e outras dores causadas por estímulo aos nociceptores.
Neuropática Acomete a área de inervação da estrutura nervosa atingida (nervo, tronco ou plexo).	Dor superficial, queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetadas e agulhadas.	Neuropatia diabética, herpéticas ou por hanseníase, neuralgia do trigêmio, doenças desmielinizantes como esclerose múltipla, trauma medular, dor pós Acidente Vascular Cerebral, radiculopatia cervical ou lombar, trauma, compressão, amputação, Síndrome de Guillain-Barré, doença de Parkinson, quimioterapia, compressão tumoral de nervo.
Nociplástica Hipersensibilidade em tecido não lesionado.	Sensação de peso, tensão e dolorimento.	Dor crônica generalizada (em fibromialgia), síndrome de dor regional complexa, síndrome do intestino irritável e outras desordens viscerais; dor musculoesquelética primária crônica, como a dor lombar não específica e crônica.

Fonte: Adaptado de CONITEC, 2022.

O estresse emocional aumenta a tensão muscular, podendo também levar à síndrome da dor miofascial e à hiperatividade vegetativa com aumento da sensibilidade dos receptores

da dor. Esse pode ser um importante fator perpetuante da dor crônica. Pessoas com comorbidades psicopatológicas como ansiedade e depressão, podem apresentar um comportamento focado na dor.

PADRÃO DA DOR: Pode ser caracterizada em dois padrões - mecânico ou inflamatório.

Dor mecânica se intensifica ao longo do dia com a realização de atividades de sobrecarga articular e melhora com repouso e pode ser observada nos quadros de dor causada pela deterioração dos discos intervertebrais (espondilose), nas lombalgias mecânicas, na osteoartrite fora do período de agudização e na dor miofascial, entre outras.

Dor inflamatória é mais intensa pela manhã, com rigidez articular matinal de uma hora ou mais, que diminui durante o dia com as atividades, pode afetar o sono da pessoa e ocorre em doenças como artrite reumatóide, artrite séptica, espondilite, gota, osteoartrite em períodos de crise, neuropatia diabética ou infecciosa.

PERIODICIDADE: Objetiva identificar padrões de comportamento ou atividades que possam estar relacionadas com a dor.

FATORES DE MELHORA E PIORA DA DOR: Além dos fatores fisiológicos considerar os socioeconômicos, genéticos, psicológicos, culturais, entre outros como agravantes ou atenuantes da dor.

EXAME FÍSICO: O exame físico da pessoa com dor crônica deve seguir a rotina propedêutica de inspeção, palpação, marcha, testes especiais, além do exame neurológico, que deve contemplar força, sensibilidade e reflexos.

EXAMES COMPLEMENTARES: Os exames complementares têm sido amplamente utilizados para investigar a dor crônica. Entretanto, muitas alterações de exames de imagem não têm relação direta com o mecanismo da dor. Os exames devem ser indicados de acordo com critérios clínicos, levando em consideração que muitos diagnósticos, como da fibromialgia, são clínicos.

CLASSIFICAÇÃO

Para avaliação e tratamento da dor crônica, as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), de 2021, propõem diferenciar as condições de dor crônica primária das condições de dor secundária. Ambas podem, ainda, coexistir entre si. Considera-se:

- **Dor crônica primária:** quando nenhuma condição subjacente é responsável adequadamente pela dor ou pelo seu impacto. O CID 11 fornece exemplos de dor crônica primária incluindo fibromialgia (dor crônica generalizada), síndrome de dor regional

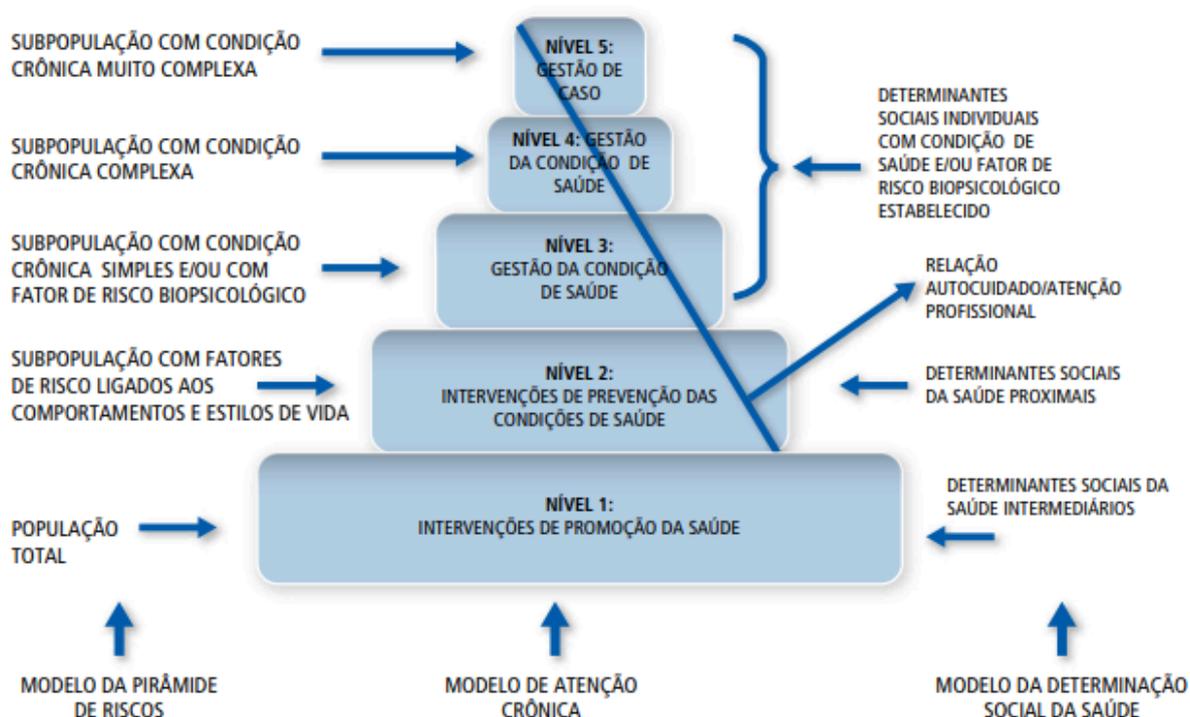
complexa, cefaleia primária crônica e dor orofacial, dor visceral primária crônica e dor musculoesquelética primária crônica.

- **Dor crônica secundária:** quando uma condição subjacente é responsável adequadamente pela dor ou pelo seu impacto. Como exemplos de condição subjacente citam-se osteoartrite, artrite reumatóide, colite ulcerativa, endometriose (NICE, 2021).

MODELO DE CUIDADO

Tratar as condições crônicas complexas requer que as ações de cuidado sejam pensadas a partir da estratificação de risco e dos determinantes sociais de saúde. O **Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)** auxilia os serviços na construção de estratégias e promove a evolução de um sistema de atenção à saúde integrado, proativo e contínuo (Mendes, 2012).

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes, 2012.

Esse modelo, muito difundido e utilizado na estratificação das condições crônicas, destaca a relação entre autocuidado/atenção profissional conforme o nível de cuidado da pessoa estratificada. Quanto mais alto o nível de complexidade do caso, maior é a atenção

profissional para o autocuidado apoiado. A seguir, a figura representa uma adaptação voltada a atenção à pessoa com dor crônica.

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado para dor crônica.



Fonte: Autoria própria, adaptado de Mendes (2012).

O autocuidado, por si só, é observado a partir do comportamento das pessoas, de ações aprendidas e aplicadas cotidianamente e que contribuem para a manutenção da sua qualidade de vida, sua saúde e bem-estar. Essa prática do autocuidado deve ser autônoma, ou seja, envolve a decisão consciente da pessoa e o desejo de realizá-la, porque entende seus benefícios. Ou seja: a capacidade para sua realização depende, necessariamente, de características de cada indivíduo: biológicas, cognitivas, sociais e comportamentais.

O **Autocuidado Apoiado** pode ser definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde no gerenciamento de seus problemas. Assim, é necessário considerar uma sistemática que implica em aspectos como decidir sobre as metas que se deseja atingir; construir alternativas para que o usuário atinja essas metas; elaborar um plano de ação para o alcance dessas metas; implantar o plano de ação elaborado; monitorar de maneira periódica os resultados sistematizados; realizar mudanças e repactuações quando necessárias e, não menos importante, celebrar as conquistas durante o processo (Mendes, 2012).

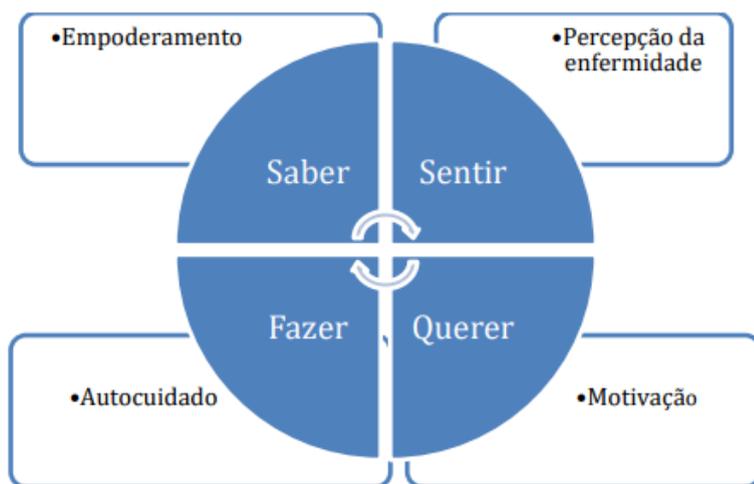
O autocuidado apoiado é fundamental para o manejo da dor crônica, entendendo a pessoa na sua integralidade, considerando os determinantes sociais de saúde e os serviços oferecidos.

Apoio a mudança para autonomia e autocuidado: do biológico ao biográfico

Muito além de “prescrever” o tratamento, o manejo da dor crônica requer uma abordagem que dedique atenção à integralidade da pessoa. Para um efetivo tratamento “biológico” é preciso que a equipe conheça o “biográfico”, ou seja, a história da pessoa, como ela entende e convive com a sua enfermidade, qual a sua capacidade para o autocuidado, qual a sua vulnerabilidade, quais os seus valores e sentimentos envolvidos, qual a sua rede familiar/ comunitária/ social.

É importante também entender a diferença entre o “saber” e o “fazer”, o processo que passa pelo aprendizado, percepção, motivação e vivência em que a pessoa desenvolve maior autonomia e o autocuidado no enfrentamento da sua enfermidade (Brasil, 2017). Ao profissional, é importante conhecer em que fase a pessoa se encontra e o que deve ser enfatizado no atendimento.

Figura 3 - Ciclo “Do Saber ao Fazer”



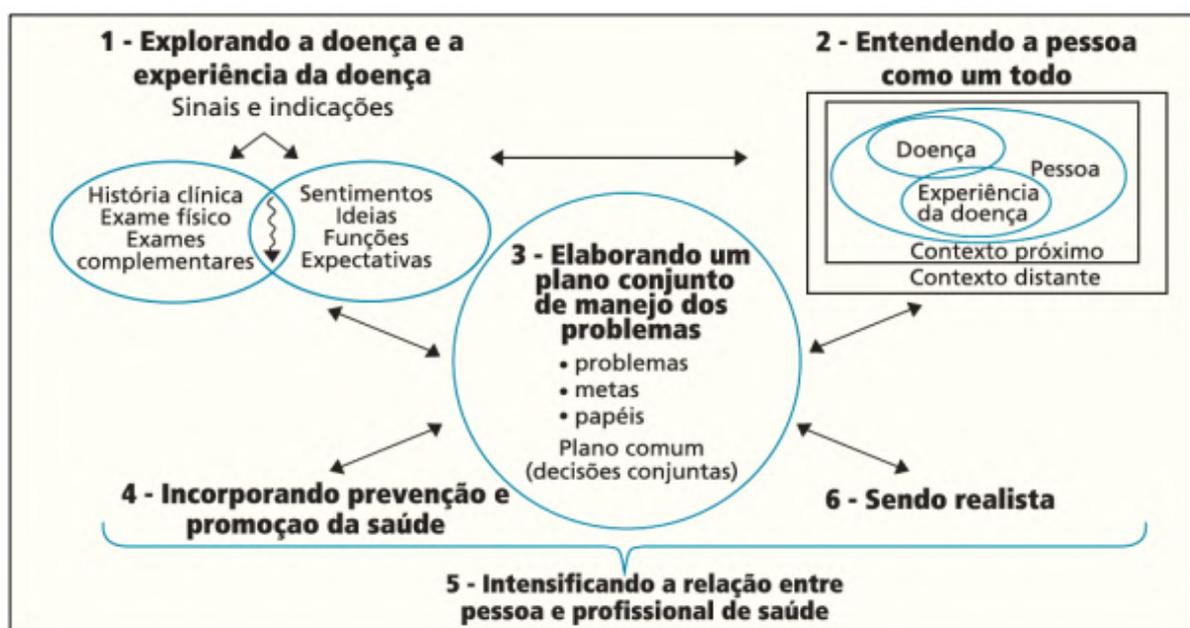
Fonte: Brasil, 2017.

A dor crônica tem interface direta com os determinantes sociais de saúde. A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença destaca que os processos de fortalecimento e

de desgaste, são os determinantes da saúde e da doença fazendo parte da integração do homem no trabalho (formas de trabalhar) e na vida. Entre o trabalho e a vida, há uma rede hierarquizada de determinação que estrutura o fortalecimento ou o desgaste do corpo biológico (Brasil, 2017). Entender esse processo é fundamental para ampliar o olhar e identificar as necessidades de saúde da pessoa que vive com condição crônica.

A **abordagem centrada na pessoa** cada vez mais é implementada nos atendimentos à saúde, em especial no cuidado de pessoas com condições crônicas. A aplicação dos conceitos da abordagem centrada na pessoa na prática, propõe um conjunto claro de orientações através dos seus componentes que tem íntima ligação entre si, cabendo ao profissional se mover entre eles, dependendo das demandas da pessoa e das pistas oferecidas por ela.

Figura 4 - Método clínico centrado na pessoa e seus componentes.



Fonte: Brasil, 2017.

A construção do **Plano de Cuidado Compartilhado** deve envolver decisões conjuntas entre profissionais e a pessoa atendida. É imprescindível levar em consideração os diversos fatores que podem facilitar ou dificultar o enfrentamento da dor crônica. Esse processo, também chamado de *coping*, ocorre frente a situações estressoras que causem dano ou perdas, ameaças ou desafios. O grau em que a pessoa experimenta o estresse psicológico é determinado pela relação entre a pessoa e o ambiente naquele encontro específico. Assim, diante da situação estressora, a pessoa realiza avaliação primária, a qual trata de um processo

cognitivo e emocional e avaliação secundária, que correspondem aos recursos e às opções de enfrentamento que se encontram disponíveis para lidar com esse estresse (Romanoski et al., 2021). As estratégias de enfrentamento podem ser ações, comportamento ou pensamento e que vão ter como resultado uma resposta ao estressor, no caso, a dor.

Compreender que cada pessoa se comporta de maneira diferente, constrói suas estratégias e que essas estratégias podem ser facilitadoras ou dificultadoras na enfermidade é importante para direcionar o autocuidado. Por exemplo: Pessoas com dor crônica podem usar estratégias positivas de adesão ao tratamento, resiliência, espiritualidade, suporte familiar, apoio social, autonomia, autocuidado. Ou ainda, estratégias consideradas negativas como tristeza, transtornos ansiosos e depressivos, estresse, uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2017).

TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS

Para a definição do plano de tratamento não farmacológico da dor é necessário considerar como a dor afeta a qualidade de vida da pessoa e como os aspectos de sua vida podem afetar o que sente. Desta forma, profissional e usuário podem elaborar de forma compartilhada um plano de manejo da dor multimodal, que considere seus desafios e necessidades, considerando suas preferências e valores e estimulando seu autocuidado. Abaixo abordamos possíveis ferramentas para elaboração do **Projeto Terapêutico**.

a) Práticas corporais

As **práticas corporais** têm sido sugeridas como componentes importantes em projetos multi e interdisciplinares com finalidades terapêuticas para pessoas com dor e pessoas com fibromialgia. No que cerne ao biológico, a prática visa regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores. No que cerne o psicológico, reduzem ansiedade, depressão e morbidades psicológicas. No plano social favorecem a autoestima, a participação social e a disposição intelectual e física. Não se trata de pensar o exercício físico como indutor de analgesia, mas sim, pensar sua relevância para o bem estar geral da pessoa (Mattos, 2015).

Segundo o **Consenso Brasileiro de Tratamento da Fibromialgia** recomenda que pessoas com fibromialgia devem ser orientadas a realizar exercícios musculoesqueléticos pelo menos duas vezes por semana. Já programas aeróbicos devem ser orientados moderadamente intensos (60 a 75% da FCM_{máx.}) duas a três vezes por semana. Devem ter início lento e gradual e encorajar a pessoa a manter os ganhos induzidos pelo exercício (Heymann, et al., 2010). É

importante levar em consideração os determinantes sociais de saúde que possibilitam ou dificultam a realização, frequência e periodicidade procurando adequar ao território. Existem vários relatos de práticas onde as pessoas com dor crônica chegam cabisbaixas, ansiosas, fragilizadas e após a prática coletiva se sentem melhores, com mais motivação e com uma rede de apoio fortalecida pelo grupo (Mattos, 2015).

Nesse contexto, a saúde também está relacionada à **relação social afetiva**. Fazer exercício físico faz bem para a saúde e é necessário. No entanto, estudos apontam que o que mantém as pessoas em suas práticas, muitas vezes, é a relação social e afetiva, portanto, a adesão sócio emocional relacionada a prática coletiva contribuem para ressignificar a dor e o sofrimento (Mattos, 2015).

A prática corporal também se relaciona de maneira íntima com o **autoconhecimento** e permite que pessoas com dor crônica possam olhar para o próprio corpo, adotar hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites próprios (Mattos, 2015).

A atividade física reduz a dor e melhora a qualidade de vida em intervenções de curto ou longo prazo, independente do tipo de exercício praticado. No entanto, é possível observar que há uma chance maior de persistência quando são considerados estilos de vida, necessidades pessoais e habilidades individuais. Pessoas com dor possuem maior tendência a baixa mobilidade, portanto, qualquer atividade física é melhor que o imobilismo. Atividades de treinamento postural, alongamento, amplitude de movimento, orientadas para redução de peso, treinamento cardiovascular, de força ou terapias do movimento como Tai Chi, Qi Gong e Yoga podem representar benefícios (NICE 2021; Duncan, 2021).

Profissionais de educação física e fisioterapeutas são as categorias profissionais de preferência para a condução de tais atividades. Nas últimas décadas há um aumento importante de investimento do SUS na contratação de tais profissionais, tanto através do Programa Academia da Saúde, como na composição das equipes “eMulti” e também nas equipes de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde (eAPPS) - Deliberação 452/CIB/2024.

b) Abordagens psicoterapêuticas

Há conexões neurobiológicas entre dor e emoção. A dor se correlaciona positivamente com fatores como ansiedade e estresse da vida diária. Da mesma forma, emoções negativas prejudicam as vias inibitórias descendentes da dor. Há evidências crescentes de que o trauma emocional (divórcio, conflito familiar, abuso sexual, abuso físico) esteja associado à persistência da dor e, provavelmente, seja fator predisponente à dor crônica. A dor persistente

também aumenta a exposição a eventos estressantes, como perdas laborais, separação conjugal e procedimentos médicos e cirúrgicos.

Pessoas com dor crônica apresentam risco de comportamento suicida duas vezes maior que o da população geral. Fatores cognitivos como desesperança, medo do movimento, medo de se machucar, e crenças negativas ou catastrofização (ruminação-ampliação-desamparo); influenciam negativamente o controle da dor e sensação de incapacidade do indivíduo. A [Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor \(EPCD\)](#), é um preditor de resultados negativos para o controle da dor (Duncan, 2021).

Neste contexto, a psicoterapia configura um aliado importante para a melhora do controle da dor. Dentre as diversas metodologias, a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia Cognitivo Comportamental possuem evidências para a melhora da qualidade de vida, do sono, do controle da dor e do sofrimento psíquico e apresentam custo benefício favorável (NICE 2021).

c) Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

As PICs são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde e promover e recuperar a saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade. Envolve uma visão ampliada do processo saúde-doença bem como a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (Brasil, 2006).

As PICs estão institucionalizadas no SUS desde 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), com inserção na Atenção Básica e demais níveis do sistema de saúde. A política foi ampliada com as Portarias GM/MS nº 849/2017, nº 702/2018. As PICs são oferecidas no SUS, nas Unidades de Saúde da Família, em postos de saúde, centros especializados e em hospitais terciários, como uma forma de assistência integral à saúde física, mental e emocional, aliviando o sofrimento e promovendo o autocuidado, com avaliação positiva dos usuários.

Ao todo são 29 práticas e terapias reconhecidas no país, que incluem as modalidades: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais/ Fitoterapia,

Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo/Crenoterapia e Yoga.

Muitas dessas práticas já apresentam mapas de evidências da efetividade clínica no tratamento da dor crônica, norteando e validando a proposta de tratamento do profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e podem ser oferecidas de modo paralelo e complementar à medicina convencional.

Quadro 1 - Recursos Terapêuticos recomendados para o manejo da dor lombar crônica e fibromialgia.

ESTUDO / DIRETRIZ CLÍNICA	TERAPIAS CONVENCIONAIS	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
<p><i>The Lancet Low Back Pain Series Working Group de 2018</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios terapêuticos ▪ Terapia cognitivo-comportamental ▪ Manipulação vertebral ▪ Massagem ▪ Reabilitação interdisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuntura ▪ Yoga ▪ Meditação <i>Mindfulness</i> para redução do estresse
<p><i>American College of Physicians de 2017</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercício ▪ Reabilitação multidisciplinar ▪ Exercícios de controle motor ▪ Relaxamento progressivo ▪ Biofeedback eletromiográfico ▪ LASER de baixa intensidade ▪ Operant Therapy ▪ Terapia Cognitivo Comportamental ▪ Manipulação vertebral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuntura ▪ Meditação <i>Mindfulness</i> para redução do estresse ▪ Tai Chi ▪ Yoga
<p><i>European League Against Rheumatism de 2017</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios aeróbicos e de fortalecimento ▪ Hidroterapia ▪ Terapia cognitivo-comportamental ▪ Terapias multimodais ▪ Medicamentos (Tramadol, Pregabalina, Ciclobenzaprina, Amitriptilina e Duloxetina). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuntura ▪ Tai Chi ▪ Qigong ▪ Yoga ▪ Meditação <i>Mindfulness</i> para redução do estresse

Fonte: Coutinho BD. *Práticas integrativas e complementares nas disfunções musculoesqueléticas*. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológico-Ortopédica; Silva MF, Barbosa RI, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Traumatológico-Ortopédica: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 9–55.

Para saber mais acesse o site da Universidade Federal do Ceará - Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa – GAIPA UFC
GAIPA disponível em

<https://gaipa.ufc.br/pt/sintese-das-evidencias/diretrizes-clinicas-guidelines/>

d) Programas educativos: intervenções e fonte de informações

A prática do exercício físico beneficia toda a população para um estilo de vida mais saudável, no entanto, pessoas com dor crônica necessitam de um momento para interações entre profissionais e atividades destinadas a tranquilizar, informar e estimular comportamentos e condições de vida mais saudáveis. O objetivo é ajudar a pessoa a

compreender melhor sua dor e orientá-la para um autogerenciamento contínuo e eficaz, dentro desse contexto, empregando escuta ativa, comunicação efetiva, livre de elementos que possam piorar a sensação de dor ou que contenham informações conflitantes e podem ser realizadas em todos os níveis de atenção (CONITEC, 2022).

TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS

Em 1975, por meio da publicação da Portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, a lista de medicamentos classificados como essenciais foi oficializada como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Desde então, o Brasil vem investindo na publicação e no aperfeiçoamento de listas de medicamentos essenciais como instrumento para garantia do acesso à assistência farmacêutica e para promoção do uso racional de medicamentos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, geralmente de uso contínuo, utilizado em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1 de 22 de agosto de 2024, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes da Dor Crônica do Ministério da Saúde que contém o conceito geral de dor crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. Este protocolo é de caráter nacional e é adotado em Santa Catarina no âmbito do SUS. Neste sentido, não são recomendados o uso de medicamentos avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e cuja decisão do Ministério da Saúde foi pela sua não incorporação: diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética (Portaria SCTIE/MS nº 45, de 20 de julho de 2021); opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 46, de 20 de julho de 2021); opióides fracos (codeína e tramadol) e morfina em baixa dose para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 59, de 20 de julho de 2021); anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite (Portaria SCTIE/MS nº 48, de 20 de julho de 2021); lidocaína para dor neuropática localizada (Portaria SCTIE/MS nº 50, de 2 de agosto de 2021); pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 51, de 2 de agosto de 2021); e duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 52, de 2 de agosto de 2021).

Em relação à pregabalina e duloxetina, em 2021, a CONITEC avaliou a incorporação dos dois medicamentos para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia, e obtiveram parecer desfavorável à incorporação, por apresentar eficácia e perfil de segurança semelhantes aos tratamentos já disponibilizados no SUS, além da qualidade muito baixa da evidência e de resultarem em maior impacto orçamentário quando comparada à gabapentina

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de Dor Crônica e documentos relacionados pode ser acessado em www.saude.sc.gov.br - Serviços - Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) - Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários.

Os medicamentos disponíveis no SUS presentes neste protocolo podem ser acessados através dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica:

Medicamentos disponíveis no Componente Básico da Assistência da Farmacêutica:

- Ácido acetilsalicílico: comprimidos de 500 mg;
- Ácido valpróico: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope 50 mg/mL;
- Carbamazepina: comprimidos de 200 ou 400 mg; suspensão oral 20 mg/mL;
- Cloridrato de amitriptilina: comprimidos de 25 ou 75 mg;
- Cloridrato de clomipramina: comprimidos de 10 ou 25 mg;
- Cloridrato de nortriptilina: cápsulas de 10, 25, 50 ou 75 mg;
- Dipirona: comprimidos de 500 mg; solução oral de 500 mg/mL;
- Fenitoína: comprimidos de 100 mg; suspensão oral de 20 mg/mL;
- Ibuprofeno: comprimidos de 200, 300 ou 600 mg; suspensão oral de 50 mg/mL;
- Omeprazol: comprimidos de 10 e 20 mg;
- Paracetamol: comprimidos de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL;
- Valproato de sódio: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope de 50 mg/mL;

Medicamentos disponíveis no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:

- Cloridrato de metadona: comprimidos de 5 ou 10 mg;
- Fosfato de codeína: comprimidos de 30mg; solução oral de 3 mg/mL;
- Gabapentina: cápsulas de 300 e 400 mg;
- Naproxeno: comprimidos de 500 mg;
- Sulfato de morfina: comprimidos de 10 ou 30 mg; cápsulas de liberação prolongada de

30 e 60 mg; solução oral de 10 mg/mL.

Os medicamentos prescritos no CEAF exigem especialidade médica para novas solicitações e adequações: neurologista, anestesista, reumatologista, oncologista, ortopedista/traumatologista, neurocirurgião, fisiatra, paliativista ou outro especialista em dor. Para as renovações de tratamento não é exigida especialidade médica, podendo ser feita pelo médico da Atenção Primária à Saúde.

Para ter acesso a versão resumida do PCDT de Dor Crônica do Ministério da Saúde acesse:
<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-resumido-da-dor-cronica>

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Uma vez conhecidas as necessidades em saúde do território, a **Programação da Assistência para o Cuidado dessa população deve ser individualizada**. Normalmente a entrada deste usuário ocorre pela atenção primária, utilizando a rede existente no município. As equipes de saúde devem avaliar as necessidades de atendimento no território, ou fora dele, acompanhando a pessoa através de:

- Consultas programadas: as consultas costumam ser divididas em consultas programadas (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis) normalmente ocasionadas pelo aumento da dor e/ou necessidade de cunho mais agudo.
- Renovação e ou prescrição de medicamentos do componente básico e ou especializado.
- Encaminhamento para consultas especializadas via Sistema de Regulação (SISREG) ou ao atendimento pelas equipes e-multi disponíveis no município (psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) ou para acupuntura e fisioterapia também pelo SISREG.
- Agendamento para tratamento por técnicas previstas nas PICs no SUS que podem ser ofertadas nas unidades básicas ou dependendo da organização municipal podem ser concentradas em unidades maiores e/ou em policlínicas.
- Realização de atividades físicas orientadas, que pode ser individual ou em grupos, atividades de caminhada ou de uso das academias a céu aberto ou em espaços adaptados com equipamento para realização de atividades físicas e técnicas de relaxamento e alongamento, que podem ser orientadas pela equipe emulti ou profissional específico (fisioterapeuta, profissional educação física e/ou terapeuta ocupacional), que melhoram a dor além de prevenir as incapacidades funcionais.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

A APS é a porta preferencial de entrada da pessoa com dor crônica no SUS, estruturada como primeiro nível de atenção e constituída de equipe multidisciplinar que abrange uma determinada população, coordenando o cuidado, interagindo e atendendo às suas necessidades em saúde (BRASIL, 2017a). Na Unidade Básica de Saúde (UBS) deve acontecer o “acolhimento”, a busca ativa envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacando a importância da participação da família. A equipe de Saúde da Família e demais

equipes, têm um papel fundamental na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa com dor.

No contexto da RAS, a APS é colocada como ordenadora do cuidado, integrando verticalmente os serviços em diferentes pontos de atenção e exercendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017a).

São **atribuições e competências** da APS no cuidado à pessoa com dor crônica:

- a) Oferecer acesso por demanda espontânea ou de forma programada;
- b) Realizar ações de promoção da saúde e prevenção de forma individual e coletiva;
- c) Garantir o acolhimento adequado das pessoas;
- d) Oferecer cuidado multiprofissional;
- e) Garantir fluxos e encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada quando coerente com os protocolos de regulação.

A APS funciona como coordenadora do cuidado e tem como meta a efetividade do tratamento e acompanhamento da pessoa desde a sua entrada, apropriando-se dos conceitos de Prevenção Secundária, Prevenção Terciária e Prevenção Quaternária. A prevenção primária busca evitar o surgimento de doenças, a prevenção secundária visa detectar precocemente enfermidades, a prevenção terciária busca minimizar as complicações e reabilitar os indivíduos afetados por doenças crônicas e a prevenção quaternária estabelece a boa prática médica baseada em evidências.

A partir dessas ações, a equipe da APS é capaz de estimular a autonomia, sob o ponto de vista do contexto de vida, da cultura, da realidade social individual e das coletividades por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, na busca pela produção do cuidado integral.

A formação dos grupos na APS consiste em uma das estratégias sugeridas e tem como objetivo atingir a parcela populacional que efetivamente se beneficia de ações educativas, relacionadas ao modo de convívio com a doença ou com a situação atual e com as mudanças de hábitos necessárias. Considera-se um importante instrumento de apoio na abordagem integral do processo saúde-doença, facilitando a escuta ampliada, o que nem sempre ocorre no atendimento individual; e com grande potencial de qualificação do cuidado, fortalecendo o vínculo entre usuário e unidade básica de saúde.

Unidades Básicas de Saúde

Diante dos diversos fatores de risco modificáveis envolvidos, a APS busca conhecer o comportamento, hábitos e estilos de vida da população para estabelecer estratégias efetivas de promoção e prevenção dos fatores de risco que influenciam diretamente na qualidade de vida e saúde da população. Em Santa Catarina a capacidade instalada da APS corresponde a uma cobertura de 89% da população tendo como pontos de atenção as UBS, Academia da Saúde e os domicílios no território a nível municipal (Santa Catarina, 2023).

Tabela 2 - Estimativa de cobertura da APS pela Regional de Saúde em Santa Catarina, Jan/2023.

Regional de Saúde	População	Nº eSF (40h)	Nº eAP (30h)	Cobertura eSF/eAP (%)
Alto Uruguai Catarinense	144.455	42	0	80,30
Alto Vale do Itajaí	302.920	110	0	94,15
Alto Vale do Rio do Peixe	298.317	75	4	81,94
Carbonífera	446.902	129	0	99,87
Extremo Oeste	233.510	88	1	98,71
Extremo Sul Catarinense	206.347	58	3	88,67
Foz do Rio Itajaí	747.720	175	6	77,52
Grande Florianópolis	1.248.470	351	10	90,28
Laguna	374.393	130	3	98,54
Médio Vale do Itajaí	820.484	246	7	95,82
Meio Oeste	194.381	62	1	91,36
Nordeste	752.202	186	1	85,12
Oeste	372.513	124	0	100,00
Planalto Norte	383.131	98	10	85,97
Serra Catarinense	287.549	88	1	95,37
Vale do Itapocu	321.894	57	3	60,92
Xanxerê	202.985	71	1	94,64
Total	7.338.473	2.090	51	88,52

Fonte: Santa Catarina, 2023.

Equipes multiprofissionais - eMulti

O atendimento multiprofissional vem para apoiar a capilaridade da atenção primária, reforçando seu potencial para solucionar a maioria dos problemas de saúde da população. A [Nota Técnica Nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS](#) traz as diretrizes para a reorganização das equipes multiprofissionais na APS. A estratégia eMulti ressignifica o acesso ao cuidado integral e longitudinal, com ênfase na importância da multiprofissionalidade e das especialidades para ações que abrangem desde a promoção da saúde até o tratamento e reabilitação.

Equipes de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde (eAPPS)

O Estado de Santa Catarina, através da Deliberação 452/CIB/2024 tem apoiado a implementação de uma equipe multiprofissional para fortalecer a atenção, promoção e prevenção à saúde com foco na Promoção da Saúde e PICs no território. Tem como objetivo melhorar na qualidade de vida das pessoas, construção de plano de cuidado compartilhado para os casos de difícil manejo, promover a organização de espaços e ambientes podendo ser direcionada para o tratamento não medicamentoso com foco na dor crônica, a exemplo: práticas corporais; abordagens psicoterapêuticas; PICs; Programas educativos, entre outros.

Estas equipes, vinculadas a APS, com 40 horas semanais, possuem uma composição mínima de **2 (dois) profissionais**, sendo obrigatoriamente um fisioterapeuta e o outro profissional de nível superior deverá ser de uma das seguintes categorias profissionais, preferencialmente com formação em PICs: Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional de Educação Física, Terapeuta Ocupacional, Naturólogo, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Biomédico e Cirurgião Dentista.

Programa Academia da Saúde (PAS)

Lançado a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - como uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que preconiza a implantação de espaços públicos que funcionem como pólos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Esses pólos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de

saúde. A proposta sugere que as equipes de eSF, Equipes Multiprofissionais (eMulti e eAPPS) e Vigilância em Saúde trabalhem de forma integrada.

O PAS é um ponto da RAS e faz parte do fortalecimento da promoção da saúde. Além disso, promove ações intersetoriais com outros pontos de atenção da RAS e outros equipamentos sociais do território; serve de convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; amplia a autonomia das pessoas sobre a escolha de modos de vida mais saudáveis e promove mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio. Todos são compostos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados e funcionam com a implantação do serviço público (BRASIL, 2017).

Diante do exposto é vital a implementação de PAS para a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral à população. O PAS está regulamentado pela Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Apoio matricial para organização de práticas de cuidado na APS

As equipes vinculadas a APS, incluindo principalmente as equipes multiprofissionais (e-multi e eAPPS), possuem papel fundamental no desenvolvimento de ações na perspectiva de prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, contribuindo para o acesso a este cuidado e qualificando os encaminhamentos aos serviços especializados dos usuários (Reis et al., 2012). É importante destacar que a estratificação de risco conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Nível 05 de complexidade) determinará os casos específicos que precisam de auxílio para encaminhamento à atenção especializada de média complexidade.

Na APS, todos os profissionais de saúde e gestores podem solicitar teleconsultoria para esclarecimento de dúvida clínica ou de gestão, discussão de casos, ou ainda, para solicitação de Teleconsultoria compulsória, obrigatória para algumas especialidades médicas.

3.2 ATENÇÃO A SAÚDE ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE

São responsabilidades da Atenção Especializada de Média Complexidade o acompanhamento à pessoa com dor crônica. O acesso das pessoas a exames e consultas especializadas necessitam de organização da Programação Pactuada Integrada (PPI) e da execução do Programa Geral das Ações e Serviços de Saúde.

São pontos de atenção à saúde a nível da Atenção Especializada de Média Complexidade:

- a) Ambulatórios de Especialidades
- b) Serviços de Reabilitação
- c) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

São **atribuições e competências** da Atenção Especializada de Média Complexidade: no cuidado à pessoa com dor crônica:

- a) Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio das ferramentas de saúde digital, que incluem os núcleos do [TelessaúdeSC](#), a exemplo a teleconsultoria;
- b) Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, de acordo com as demandas encaminhadas considerando os [Protocolos de Acesso e Classificação de Risco](#);
- c) Organizar o retorno (contrarreferência) da pessoa à APS de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente em caso de alta para os serviços de atenção primária, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca das pessoas que estão em acompanhamento;
- d) Promover terapêutica de reabilitação de eventuais comorbidades associadas à dor crônica;

A **Teleconsultoria** é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, com respostas baseadas em evidências científicas e adequadas às características loco-regionais. Tal ferramenta pode ser utilizada em diferentes pontos de atenção.

Na Atenção Especializada do Estado de Santa Catarina algumas especialidades precisam de Teleconsultoria compulsórias, ou seja, para inserir o encaminhamento **via Sistema de Regulação** é preciso primeiramente solicitar a Teleconsultoria via plataforma do Telessaúde/UFSC (<https://telessaude.ufsc.br/>).

A operacionalização das centrais de regulação e as especialidades compulsórias de intenção de encaminhamento estão normatizadas pelas seguintes deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB):

- DELIBERAÇÃO 047/CIB/2016 – RETIFICAÇÃO 2018 e 202 aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. Parágrafo Único: Estas diretrizes deverão ser utilizadas por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais implantadas no Estado de Santa Catarina.
- DELIBERAÇÃO Nº 142/CIB/2016, a utilização da **Teleconsultoria compulsória** no fluxo de encaminhamento para consulta em especialidades médicas de **Endocrinologia, Reumatologia, Nefrologia, Neurologia, Gastroenterologia e Hematologia** da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), podendo também ser adotado pelas Centrais de Regulação Municipais.

Para casos de dor crônica intratável e ou fibromialgia que necessitem de encaminhamento via SISREG, a APS deverá observar que especialidades são compulsórias, havendo necessidade antes do encaminhamento descrever o caso via teleconsultoria.

Atenção Especializada

As equipes de APS deparam-se com casos consequentes de situações geradoras de incapacidades e de perda de funcionalidade que necessitam de cuidados em reabilitação nas mais diversas condições (Reis et al., 2012). Tais situações demandam cuidado longitudinal e devem ser acolhidas pela APS (Souza; Rocha, 2010), com priorização da detecção precoce de alterações funcionais, sendo necessário o mapeamento destes usuários e dos equipamentos relacionados à atenção no território (Brasil, 2011; Farias; Buchalla, 2005). A organização do processo de trabalho das equipes de APS pode facilitar o atendimento das demandas de reabilitação, as quais necessitam de um olhar voltado para os aspectos funcionais por parte de todos os profissionais (Reis et al., 2012; Othero; Dalmaso, 2009).

O encaminhamento ocorrerá via SISREG, conforme protocolo estabelecido, de cada Serviço contratualizado, por Macrorregião.

Contrarreferência

Os serviços de média complexidade devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, na RAS da pessoa com dor crônica, os serviços deve ser avaliado,

entre outras variáveis, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio sendo fundamental a discussão e articulação dos sistemas para contrarreferência das pessoas com dor crônica para seu território (Mendes, 2011).

Desenho das Equipes de Reabilitação Especializadas (ERE)

O Cofinanciamento Estadual às Equipes de Reabilitação Especializadas, se dará naqueles Serviços propostos inicialmente pela Deliberação 451/CIB/24, que está sendo retificada para inclusão de outros CIDs além do pós covid, incluindo os usuários encaminhados pela APS com diagnóstico de Dor crônica (Dor crônica intratável (R52.1), Fibromialgia (M79.7), CID 11 - Dor Crônica Generalizada (MG 30.01).

Atualmente das 08 Macrorregiões, 04 já possuem serviços recebendo este recurso. Havendo necessidade de habilitação de mais 04 Serviços para atender as demandas de todo Estado.

Conforme quadro abaixo seguem as referências e abrangências de cada Serviço.

Quadro 2 - Referências por macrorregiões:

Macrorregião	Município Sede	Regiões de Saúde Referenciadas para Atendimento	Serviços que recebem recurso
Grande Florianópolis	Florianópolis	Grande Fpolis	-
Grande Oeste	Chapecó	Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste	-
Serra Catarinense	Lages	Serra Catarinense	UNIPLAC
Meio Oeste	Joaçaba	Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe	UNOESC
Planalto Norte e Nordeste	Joinville	Nordeste, Vale do Itapocu e Planalto Norte	-
Sul	Criciúma	Extremo Sul, Carbonífera e Carbonífera	UNESC
Foz do Rio Itajaí	Itajaí	Vale do Itajaí	UNIVALI
Vale Itajaí	Blumenau	Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí	-

Conforme descrito no quadro abaixo seguem as descrições de composição dos profissionais de saúde que compõem a equipe mínima de reabilitação especializada.

Quadro 3 - Profissionais da Equipe Mínima para as Equipes de Reabilitação Especializadas (ERE):

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal
Médico (Neurologista, Anestesiologista, Reumatologista, Oncologista, Ortopedista/Traumatologista, Neurocirurgião ou outro especialista da dor.)	10h
Médico (Cardiologista, Pneumologista ou Médico do Exercício)	10h
Fisioterapeuta (Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Cardiorespiratória)	60h
Fonoaudiólogo	20h
Nutricionista	20h
Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico	20h
Psicólogo	30h
Assistente Social	20h
Enfermeiro	30h
Coordenador / Responsável técnico	20h

3.3 SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO

SISTEMAS DE APOIO

São os pontos institucionais da RAS onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (exames laboratoriais, patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2017a).

SISTEMAS LOGÍSTICOS

Agrupam as ações relativas à referência e à contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos da RAS. Os principais sistemas

logísticos são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (Brasil, 2017).

As atribuições relacionadas a esses pontos da RAS incluem:

- a) Manter o cadastro do usuário no SUS atualizado e completo.
- b) Instrumentalizar os profissionais de saúde com sistema de prontuário que garanta um bom registro e proteção das informações do usuário, bem como o fornecimento de dados para o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica.
- c) Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento de pessoas de forma racional e oportuna.
- d) Prestar assistência farmacêutica ao tratamento clínico.
- e) Integrar ao cuidado as práticas de tratamento não medicamentoso disponíveis.
- f) Realizar encaminhamentos das pessoas com dor crônica para os serviços a partir da APS aos serviços de média e alta complexidade, através do SISREG, considerando os Protocolos clínicos e da Regulação Estadual
- g) Solicitar apoio técnico através de teleconsultoria via sistema Telessaúde disponível na plataforma STT.
- h) Garantir o cuidado compartilhado entre os serviços especializados e a APS através da contrarreferência.

3.4 SISTEMAS DE GOVERNANÇA

O sistema de governança tem como propósito criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, além de definir objetivos e metas, desenvolvendo capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (Brasil, 2017a).

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc (Brasil, 2017).

A governança é essencial para implantação/implementação das Linhas de Cuidado dentro de uma Regional de Saúde, desde o planejamento ao monitoramento, considerando as seguintes etapas:

a) Deliberação em Comissão Intergestores Regional para ciência e apoio;

b) Realização do diagnóstico situacional da regional de saúde, município, capilarizando até as equipes de saúde, dando ênfase a territorialização, cadastramento e identificação da população alvo da linha de cuidado, bem como a estratificação de risco dessa população;

c) Concomitante é realizado a formação de grupo condutor aberto para gestores e profissionais de saúde afins;

d) Nessa etapa o foco é construir um plano de ação descentralizado, viável e factível para implementação no território;

e) Execução e monitoramento dos indicadores relacionados e estabelecidos nas Linhas de cuidado, também acompanhados no painel Power BI da Sala de Situação da APS e Vigilância em Saúde;

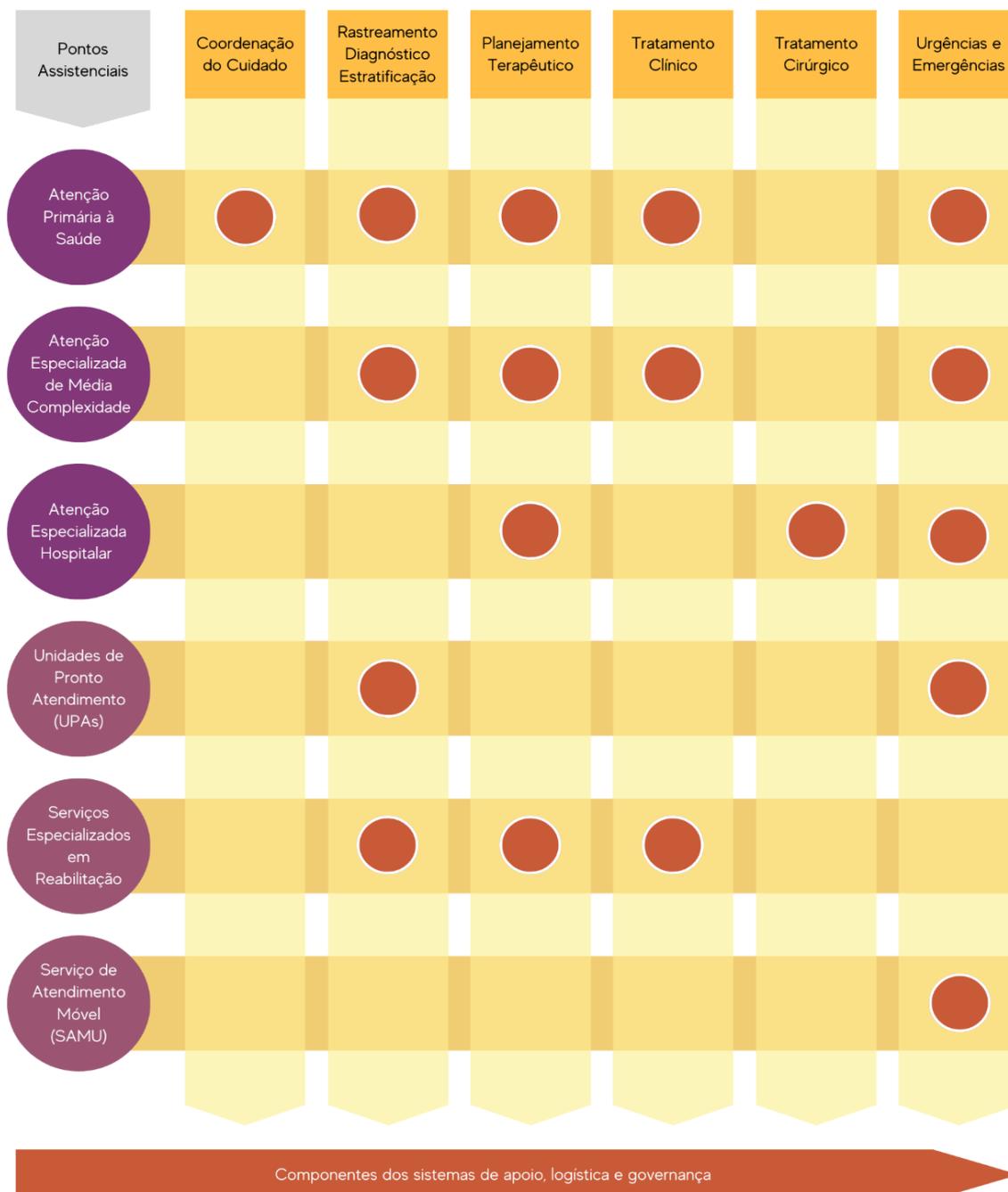
f) Simultâneo a esse processo são ofertados cursos via plataforma do Telessaúde/SC voltados a implementação da Linha de cuidado, com proposta de Web Fórum e Web Seminários visando a qualificação e trocas de experiências para a educação permanente, utilizando metodologias ativas e acompanhando de indicadores que garantem a finalização do curso e aproveitamento pelo profissional. Também estão previstas oficinas e capacitações presenciais.

g) O processo de implementação das linhas é cíclico, conferindo autonomia e fortalecimento do processo de trabalho das equipes e melhora dos indicadores de saúde.

4. ITINERÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A figura abaixo representa o itinerário da pessoa com dor crônica na Rede de Atenção à Saúde.

Figura 5 - Fluxograma com os pontos assistenciais e etapas de cuidado à pessoa com dor crônica em Santa Catarina.



5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As estratégias de educação permanente devem estar de acordo com o contexto atual das equipes e em consonância com as políticas de educação permanente em saúde, para fins de maior resolutividade e efetividade. É muito importante que os profissionais participem das discussões de estratégias de educação permanente e continuada do seu local de trabalho e apontem suas demandas.

6. FINANCIAMENTO

A implantação e implementação desta linha de cuidado tem o apoio de duas deliberações: Deliberação 451/CIB/2024, no âmbito da Atenção Especializada, e 452/CIB/2024 na APS.

Serviço de Atenção Primária à Saúde: Deliberação 452/CIB/2024 - que aprova as regras para concessão do Cofinanciamento Estadual para implantação e implementação das equipes de Promoção e Prevenção à Saúde (eAPPS) com o objetivo de complementar os serviços ofertados e qualificar o cuidado multidisciplinar a partir de diretrizes do processo de trabalho.

Serviços de Reabilitação na Média Complexidade: Deliberação 451/CIB/2024 que aprova as regras para concessão do Cofinanciamento Estadual aos Serviços Especializados Macrorregionais para oferta de serviços de reabilitação física e funcional por equipe multiprofissional.

7. INDICADORES E MONITORAMENTO

Os indicadores de saúde servem para avaliar e direcionar o processo de gestão e impactar no cuidado em saúde. A seguir, os indicadores de acompanhamento na atenção à pessoa com dor crônica a ser considerado pela esfera municipal e estadual.

Indicador: Número absoluto da condição avaliada na APS relacionado a dor crônica (R52.1 Dor crônica intratável; R52.2 Outra dor crônica; M79.7 Fibromialgia) segundo ficha de atendimento individual do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fórmula de cálculo: Número de atendimentos individuais com condição avaliada por CID / Número de atendimentos individuais totais em um período x 100

Como registrar: Ficha de atendimento individual do Sisab realizada por equipe mínima ou por diferentes categorias profissionais.

REFERÊNCIAS

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CGPCDT Brasília-DF, 2022. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf Acesso em 18 março de 2024.

Aguiar, Débora Pinheiro et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. BrJP, v. 4, p. 257-267, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxPJnwmkKyBvjzDC/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 20.12.2023

Santa Catarina. Lei Estadual 18.162 de 2021. Institui o Programa Estadual de Cuidados para Pessoas com Fibromialgia no Estado de Santa Catarina e adota outras providências. Santa Catarina, 2021. disponível em http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2021/18162_2021_lei.html#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Estadual%20de,Catarina%20e%20adota%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em 18 março de 2024.

Cabral, Dayane Maia Costa et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. The Journal of Pain, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590014008141>

Vasconcelos, Fernando Holanda, and Gessi Carvalho de Araújo. "Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study." BrJP 1 (2018): 176-179. Disponível em <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034> Acesso em 20.12.2023

IBGE. PNS - Pesquisa Nacional em Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE; 2014 Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291110&view=detalhes> Acesso em 20.12.2023

Chakr, Rafael Mendonça da Silva; Xavier, Ricardo Machado. Fibromialgia: Princípios práticos que auxiliam na indicação e no ajuste do tratamento medicamentoso. JBM - Jornal Brasileiro de Medicina, vol.102, n.6, p.23-29, 2014.

Gusso et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

Araújo et al. Manual de avaliação e tratamento da dor. Belém: EDUEPA, 2020. Disponível em https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf Acesso em 18.03.2024

Riberto, Marcelo. Pato, Thais R. Fisiopatologia da fibromialgia. Acta fisiátrica, v.11, n.2, p.78-81, 2004.

Romanoski, Priscila Juceli et al. Adaptação transcultural do Coping with Burns Questionnaire (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura. 2021. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/235651?show=full> Acesso em 18.03.2024.

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. Guidance. NICE, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG193>

Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica - Condições Crônicas Não-Transmissíveis - Risco Cardiovascular, 2017. Disponível em https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/DCNT/Protocolo_Condicoes_Cronicas_2017_18_01_2018.pdf Acesso em 18.12.2023

Brasil. Portaria SAES/SAPS/SCTIE/MS Nº 1, de 22 de agosto de 2024. Diário Oficial da União. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas#D> Acesso em 14.11.2024.

Mattos, Rafael da Silva [org.] Fibromialgia: o mal-estar do século XXI. Phorte editora [EPUB], 2015.

Heymann, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Revista brasileira de reumatologia, v. 50, p. 56-66, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=pt> Acesso em 21.11.23

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso 23.01.2025