



Capítulo 7

O MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: SOB O OLHAR DE UM RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: SOB O OLHAR DE UM RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC: UNDER THE LOOK OF A FAMILY HEALTH RESIDENT

João Aragão Filho¹

Gilanne da Silva Ferreira²

Resumo: A dor crônica (DC), pode ser caracterizada pela persistência da queixa acima de três meses do tempo tido por habitual de cura da lesão, ou ainda está associada aos processos crônicos. Diante disso, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever a experiência vivenciada no manejo da dor crônica na USF Alto do Céu Integrado, no município de João Pessoa, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, no contexto da pandemia de Covid-19, no período de abril de 2020 a dezembro de 2021, como forma de fomentar a discussão para aperfeiçoamento do cuidado integral ao indivíduo. Com relação as consultas multiprofissionais, muitas vezes elas não eram aconselhadas, quer fossem por motivos técnicos, ou devido à alta demanda de sintomas respiratórios dentro da unidade e o risco de contaminação. E percebeu-se uma agudização dos casos de dores relacionadas ao sistema musculoesquelético, com busca crescente por atendimen-

1 Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (2019). Especialista em Saúde da Família e Comunidade - Atenção Básica, pela Prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP (2022). Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica, pela FAVENI (2022).

2 Mestre na área de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba (2022). Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ (2004). Possui 5 Pós-Graduações nas áreas de: Saúde Pública, Saúde da Família, Ciências da Educação, Gestão e Política do Cuidado em Saúde e Fisioterapia em UTI.

tos de fisioterapia. Entretanto, devido a precarização estrutural da unidade, o aumento do número de casos de Covid-19 e as restrições sanitárias, eram necessários constantes encaminhamentos aos serviços ambulatoriais. De acordo com os relatos, a auriculoterapia mostrou-se eficaz na promoção da qualidade de vida dos usuários, não só com melhoras das queixas associadas a dor crônica, como também o próprio alívio ou cessão dela. Além disso, serviu como paliativo até que o serviço de regulação encontrasse vaga nos atendimentos ambulatoriais. Porém, ainda havia uma crença resistente em modelos biomédicos como solução para o manejo da dor, que aumentava de acordo com a maior vulnerabilidade social e falta de conhecimento. Por fim, para melhorar o entendimento da origem e permanência da dor no usuário, foi preciso aprimorar a integralidade do cuidado, principalmente no que diz respeito a escuta qualificada, sendo o atendimento multiprofissional a forma que mais adequava para que isso acontecesse.

Palavras-chave: dor crônica, Atenção Primária de Saúde, Covid-19.

Abstract: Chronic pain (CD) can be characterized by the persistence of the complaint for more than three months of the usual time for healing of the lesion, or it is still associated with chronic processes. Therefore, the present experience report aims to describe the experience lived in the management of chronic pain at the USF Alto do Céu Integrado, in the city of João Pessoa, during the Multiprofessional Residency in Family and Community Health, in the context of the Covid-19 pandemic. -19, from April 2020 to December 2021, as a way to encourage discussion to improve comprehensive care for the individual. Regarding multidisciplinary consultations, they were often not advised, whether for technical reasons or due to the high demand for respiratory symptoms within the unit and the risk of contamination. And there was an increase in cases of pain related to the musculoskeletal system, with a growing search for physiotherapy care. However, due to the structural precariousness of the unit, the increase in the number of Covid-19 cases and health restrictions, constant referrals to outpatient

services were necessary. According to the reports, auriculotherapy proved to be effective in promoting the quality of life of users, not only with improvements in complaints associated with chronic pain, but also its relief or cessation. In addition, it served as a palliative until the regulatory service found a vacancy in outpatient care. However, there was still a resistant belief in biomedical models as a solution for pain management, which increased according to greater social vulnerability and lack of knowledge. Finally, to improve the understanding of the origin and permanence of pain in the user, it was necessary to improve the comprehensiveness of care, especially with regard to qualified listening, with multidisciplinary care being the most appropriate way for this to happen.

Keywords: chronic pain, Primary Health Care, Covid-19.

INTRODUÇÃO

A dor pode ser conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (DeSANTANA et al, 2020). Alguns acometimentos patológicos de caráter duradouro, intermitente ou persistente e sem cura, são capazes de produzir estímulos nociceptivos ou neuropáticos responsáveis por experiências negativas que podem se transformar em dor crônica (WATSON, 2021). A dor crônica (DC), pode ser caracterizada pela persistência da queixa acima de três meses do tempo tido por habitual de cura da lesão, ou ainda está associada aos processos crônicos (DeSANTANA et al, 2020). O Código Internacional de Doenças (CID) trouxe na sua décima primeira edição (2018), a dor crônica não mais como um sintoma, mas como uma patologia com código específico, o R52.1 (dor crônica intratável) e o R52.2 (outra dor crônica).

É preciso sempre considerar o fator psicológico, já que ele pode agravar a sensação existente de maneira desproporcional aos processos físicos identificáveis (WATSON, 2021). Além disso, fatores

como ansiedade, depressão, satisfação pessoal, autoestima e sono são consideravelmente prejudicados, sem falar nas limitações diárias que englobam as esferas do trabalho e lazer, como exemplo os sujeitos que por serem constantemente afastados dos seus trabalhos devido a dor, acabam perdendo seu emprego eventualmente (SILVA et al, 2021).

Dessa forma, a dor crônica é entendida como um problema de saúde pública. No Brasil, ela se mostra predominante entre as mulheres, idosos e região lombar (AGUIAR et al, 2021). Também é tida como uma das maiores demandas da atenção primária à saúde e causa de encaminhamento para atenção secundária (SOUZA et al, 2016). O Ministério da Saúde preconiza que as intervenções no âmbito dos serviços locais de saúde, devem acontecer sobre os determinantes sociais de saúde, de modo a reduzir as iniquidades e buscar melhorar as condições de vida do indivíduo (BRASIL, 2014). O trabalho nas Unidades de Atenção Básica é complexo, difícil e exige equipes multidisciplinares bem preparadas.

Nesse sentido, as Residências Multiprofissionais de Saúde, que são instituídas no Brasil pela Lei nº 11.129 de 2005, trazem consigo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com o desígnio de aquisição de conhecimento essencial, que se opõe a fragmentação dos saberes e fazeres anteriores, para o desenvolvimento da interprofissionalidade na área da saúde. E dentre elas, os eixos da Saúde da Família, Atenção Básica e Saúde Coletiva são maioria em quantidade de programas no Brasil (SILVA et al, 2021).

E mais recente, com o contexto de isolamento e precarização sociais e econômica da pandemia da Covid-19, coube a Atenção Primária de Saúde (APS) acompanhar os problemas provenientes de transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, que exigem cuidados integrados longitudinais, além daqueles já vivenciados no cotidiano dos serviços (SARTI et al, 2020). Indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) afirmaram fazer maior procura e encontrarem dificuldade em utilizar serviços de saúde públicos ou privados durante a pandemia, que pode ser explicada devido a menor oferta (MALTA et al, 2021).

Diante disso, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever a experiência vivenciada no manejo da dor crônica na USF Alto do Céu Integrado, no município de João Pessoa, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, no contexto da pandemia de Covid-19 no período de abril de 2020 a dezembro de 2021, como forma de fomentar a discussão para aperfeiçoamento do cuidado integral ao indivíduo.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE JOÃO PESSOA (RMSFC)

O programa é uma parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e a Prefeitura Municipal de João Pessoa. Iniciou no ano de 2016 e contava com as categorias profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, e mais recentemente em 2021 passou a compor também os núcleos de Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia e Terapia Ocupacional.

O primeiro ano desta residência é dedicado exclusivamente as Unidades de Saúde da Família (USFs), para que sejam estabelecidos os vínculos com as comunidades assistidas; ao passo que o segundo funciona com rodízios em alguns serviços que compõe ou se vinculam a Rede de Atenção Primária de Saúde de João Pessoa [Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE-CTA), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs), Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPICs)], para melhor entendimento da logística, organização e funcionamento dessa rede.

Ao todo, o município de João Pessoa possui 5 distritos sanitários (I, II, III, IV e V), com 203 equipes de saúde da família, distribuídas em 97 USFs (SECOM-JP, 2020). Os residentes são agregados em grupos de 2 ou 3 categorias profissionais, de acordo com a possibilidade e as demandas das equipes, e respeitada a preferência pelas unidades que são integradas. Dessa forma, os residentes

funcionam como eram os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica.

USF ALTO DO CÉU INTEGRADA

A unidade de saúde está localizada na Rua Porfírio Ribeiro, s/n, no cruzamento com a Rua João de Brito Lima Moura, no bairro Alto do Céu. É uma integrada de quatro equipes: Alto do Céu III, IV, V e VI.

A população do bairro é de 16.557 habitantes (IBGE, 2010). A maioria são trabalhadoras domésticas ou ligados a construção civil, mas também há pequenos comerciantes e uma fazenda de cultivo de camarão. A renda econômica geral é baixa, e a população assistida pela unidade é tida como em vulnerabilidade social, devido a dependência de programas sociais como o Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos (BRASIL, 2019).

Existe um número elevado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e de acometimentos psicossomáticos, principalmente na população adulta e idosa, ao passo que na infantil a predominância é das verminoses, segundo informações contidas nos prontuários da unidade.

O bairro do Alto do Céu ainda conta com outras duas unidades isoladas de saúde, com uma equipe de estratégia de saúde da família (esf) em cada, o Alto I e II; a Policlínica Municipal de Mandacaru e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

O momento da consulta individual funcionava como a primeira acolhida do indivíduo no serviço de saúde, na qual identificava-se a queixa, fazia-se a avaliação e traçada a conduta em conjunto com o usuário. A queixa de dor costumava ser presente na maioria das consultas.

Por conta da pandemia da Covid-19, as equipes da USF pactuavam nas reuniões semanais, de acordo com o aumento no número de casos, se os atendimentos seriam majoritariamente para sintomáticos respiratórios, e a oferta para demanda geral espontânea consequentemente diminuída e era destinada a urgências e outras prioridades similares.

A própria renovação de receita, momento importante na manutenção do cuidado e acompanhamento de caso das DCNTs na APS, que normalmente era realizado durante uma consulta de rotina, passou a ser por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por iniciativa própria do usuário, em acordo com o que estava registrado no prontuário.

As consultas multiprofissionais muitas vezes não eram aconselhadas, quer fossem por motivos técnicos (como os dentistas que em certos procedimentos utilizavam de aerossóis), ou devido à alta demanda de sintomáticos respiratórios dentro da unidade e o risco de contaminação. Com isso, os agendamentos até foram uma solução, porém em outros momentos se tornavam inviáveis, pois faltavam salas ou os profissionais eram afastados com sintomas.

Todo esse panorama contribuiu para a agudização e/ou agravamento de casos crônicos, uma vez que os serviços ambulatoriais públicos e privados também suspenderam suas atividades e as visitas domiciliares não eram recomendadas.

REGULAÇÃO E ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Sabemos que a Rede de Atenção em Saúde (RAS) no Brasil funciona de forma integrada e interligada. A regulação apresenta como objetivo a organização do acesso aos serviços de saúde, com maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera, e coloca na APS a responsabilidade de ordenar a referência e contrarreferência desse processo (MELO et al., 2021).

Apesar disso, a prática mostra que ainda existem gargalos assistenciais principalmente ligados a consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, que implica em maior tempo

de espera pelo usuário e ônus ao sistema público de saúde (LEMÕES et al., 2013).

Em se tratando do manejo da dor crônica no período da pandemia, percebeu-se uma agudização dos casos relacionados ao sistema musculoesquelético, com busca crescente por atendimentos de fisioterapia, na USF do Alto do Céu Integrada. Entretanto, devido a precarização estrutural da unidade para essa demanda, o aumento do número de casos de Covid-19 e as restrições sanitárias, eram necessários constantes encaminhamentos aos serviços ambulatoriais, o que por conseguinte ocasionava incompreensão e insatisfação da população, afinal as policlínicas municipais, que normalmente abrangem a demanda, estavam sem atendimentos.

ATENDIMENTO COLETIVO

A participação em atividades coletivas é uma excelente estratégia de promover educação em saúde, com objetivo de desmistificar e corresponsabilizar o usuário para um enfrentamento mais ativo de mudanças de atitudes no autocuidado necessário no manejo da dor crônica (OLIVEIRA et al., 2021).

Além da educação em saúde, os grupos também podem funcionar com práticas de exercícios físicos. E ao considerarmos que a maioria da população assistida em uma USF é de baixa renda, esta por sua vez pode se tornar o principal lugar onde os usuários recebem orientação e suporte para a prática de atividade física (SOUZA, HÄFELE E SIQUEIRA, 2019).

No caso da USF Alto do Céu Integrada, já ocorreram grupos de idosos, gestantes e mulheres. Porém, todos já tinham sido encerrados há bastante tempo. E infelizmente durante o período de pandemia não foi possível iniciar um grupo, já que não se garantia o distanciamento social adequado dentro da unidade ou local próximo, pois a quantidade de sintomáticos que procuravam atendimento era elevada e todos os profissionais se revezavam para supri-la; e também a modalidade virtual era inviável, devido a logística técnica necessária.

USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICs)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) priorizou a APS na inserção das PICs, pelo fato de os profissionais deste nível de atenção serem os maiores propagadores delas no SUS, como forma de contribuir na ampliação terapêutica e promoção da educação permanente em saúde (TESSER, SOUSA E NASCIMENTO, 2018). E as pessoas procuram as práticas para expressarem um desejo de identidade na qual é possível construir saúde com envolvimento mais ativo no processo, seja de si e dos outros (TELESI JÚNIOR, 2016).

Em João Pessoa, existem dois centros exclusivos para oferta das PICs: o Equilíbrio do Ser e o Centro de Práticas Integrativas e Complementares do Valentina. E a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade tem suma importância na promoção das práticas, uma vez que os residentes as agregam no cotidiano das suas atividades, quer seja dentro das USFs, ou em ações de promoção à saúde. De todas as práticas, a auriculoterapia tornou-se a mais comum.

No caso do Alto do Céu Integrado, a auriculoterapia já havia sido inserida anteriormente, mas devido a troca e mudança nas agendas dos profissionais, não houve a estabilidade da prática. Entretanto, percebeu-se que a comunidade adotou a prática como forma de construir saúde, pois a procura era constante, sendo a RMSFC responsável pelo retorno da mesma em outubro de 2020.

A maioria dos usuários que procuravam pelo atendimento possuíam queixas de dor crônica relacionados a diagnósticos crônicos como fibromialgia, hérnia de disco, artrite ou artrose, mas também houve aqueles que não. Porém, todos sempre apresentavam múltiplas queixas associadas, como interferência no sono, ansiedade, disposição, autoestima, humor e até mesmo alteração na alimentação. Ao decorrer das sessões, o vínculo era cultivado e o momento terapêutico enriquecido pela troca. Muitas alternativas de práticas complementares eram apresentadas e discutidas, a exemplo da aromaterapia, ventosaterapia e plantas medicinais. E cada atendimento durava em torno de 40 a 60

minutos, uma vez por semana, com algumas vezes realizado inclusive em família (mãe e filha). O protocolo acordado era de dez encontros, entretanto, foi observado que a partir do quinto iniciava-se uma evasão, que por vezes resultava em abandono, justamente quando as queixas começavam a diminuir ou acabavam.

De acordo com os relatos, a auriculoterapia mostrou-se eficaz na promoção da qualidade de vida dos usuários, não só com melhoras das queixas associadas a dor crônica, como também o próprio alívio ou cessão dela. Além disso, serviu como paliativo até que o sistema de regulação encontrasse vaga nos atendimentos ambulatoriais.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que há uma demanda superior à que é suprida por atendimentos ambulatoriais, principalmente de fisioterapia. Os usuários com comorbidades, no início da pandemia, tinham receio de procurar os serviços de saúde para atendimentos de rotina, devido a exposição ao vírus, entretanto, com a perpetuação da mesma por um longo período, as queixas se tornaram soberanas, mas os serviços de saúde não estavam preparados. Além disso, ainda havia uma crença resistente em modelos biomédicos como solução para o manejo da dor, que aumentava de acordo com a maior vulnerabilidade social e falta de conhecimento. Nesse sentido, as PICs contribuíram como importantes soluções complementares de atendimento, com baixo custo e grande potencial de promoção de educação em saúde, por isso, a necessidade de formações profissionais e mais coerentes com a realidade da atenção básica. Por fim, para melhorar o entendimento da origem e permanência da dor no usuário, foi preciso aprimorar a integralidade do cuidado, principalmente no que diz respeito a escuta qualificada, sendo o atendimento multiprofissional a forma que mais adequava para que isso acontecesse, mas que foi prejudicada com a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. P. et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*, São Paulo, v. 4(3), p. 257-267, 2021.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, n. 35, 2014.

BRASIL. Lei nº 11.129 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2019.

Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed, 2018.

DeSANTANA, JM et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. BrJP. São Paulo, 3(3), p. 197-198, 2020.

DeSANTANA, JM et al. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acessado em: 2 jan. 2022.

LEMÕES, M. A. M. et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. Epidemiologia e Serviços Saúde. Brasília, v. 22(4), p.631-640, 2013.

MALTA, D. C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26(7) p. 2833-2842, 2021.

MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 31(1), e310109, p. 1-26, 2021.

OLIVEIRA, K. G. et al. Percepção de usuários de uma unidade básica de saúde sobre dor crônica musculoesquelética e estratégias de gerenciamento da dor. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v.9, n.22, p. 622-642, 2021.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 29(2), e2020166, p. 1-5, 2020.

SECOM-JP. Unidades de Saúde da Família estão funcionando normalmente em João Pessoa. Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/unidades-de-saude-da-familia-estao-funcionando-normalmente-em-joao-pessoa/>. Acesso em: 4 jan. 2022.

SILVA, M. B. et al. Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, v. 13(2), e5491, p. 1-10, 2021.

SILVA, S. M. C. et al. Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *BrJP, São Paulo*, v. 4(3), p. 216-220, 2021.

SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. v.24, e.0085, p. 1-10, 2019.

SOUZA, M. A. P et al. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21(10), p. 3277-3286, 2016.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, v. 30(86), p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate, Rio de Janeiro*, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

WATSON, J. C. Dor Crônica. Manual MSD para profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/dor/dor-cr%C3%B4nica>. Acesso em: 2 jan. 2022.