

Implementation process of the strategy of surveillance of chronic musculoskeletal pain in basic health care. Case report

Processo de implantação da estratégia vigilância à dor crônica osteomioarticular na atenção básica. Relato de caso

Francisco Ednardo Damasceno Silva¹, Francisco Rafael Pinheiro Dantas², Raimunda Hermelinda Maia Macena³, Thiago Brasileiro de Vasconcelos³

DOI 10.5935/1806-0013.20160017

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain is a persistent indicator for the basic health care. It is estimated that between 30 and 40% of Brazilians suffer some chronic pain, including musculoskeletal pain, making necessary the development of strategies to cope with such indicator. In light of the above, this study aimed at reporting the experience of the implementation process of the Strategy of Surveillance of Chronic Musculoskeletal Pain in basic health care of the city of Maracanaú/CE.

METHODS: This is a qualitative and interpretative study by means of description of the strategy implementation process stages.

RESULTS: The Strategy of Surveillance of Chronic Musculoskeletal Pain flowchart was based on and made up of an open cycle, where patients admitted to the unit with musculoskeletal pain were submitted to initial evaluation by the nursing team, and then were referred to the physician for clinical consultation and diagnosis of referred pain. In case of chronic musculoskeletal pain, patients were referred to physiotherapy.

CONCLUSION: The implementation of the strategy has allowed for more systematic integration among Family Health Strategy professionals. For physiotherapists, the experience has brought further guidance as to the actions of the category in basic health care with regard to prevention, promotion and health education.

Keywords: Chronic pain, Integrality in health, Physiotherapy, Primary health care.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica é um indicador persistente na atenção básica de saúde. Estima-se que entre 30 e 40% dos brasileiros estejam acometidos por alguma dor crônica, incluindo a dor de origem osteomioarticular, tornando necessárias estratégias para enfrentamento de tal indicador. Em vista disso, objetivou-se relatar a experiência do processo de implantação da Estratégia Vigilância à Dor Crônica de Origem Osteomioarticular na atenção básica no município de Maracanaú/CE.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo que aborda a experiência de abordagem qualitativa, interpretativa por meio da descrição das fases do processo de implantação da estratégia.

RESULTADOS: O fluxograma da Estratégia Vigilância à Dor Crônica Osteomioarticular foi fundamentado e constituído por um ciclo aberto, onde o paciente admitido na unidade com queixas de dores osteomioarticulares submetia-se à avaliação inicial da enfermagem, e posteriormente, era encaminhado ao médico para consulta clínica e diagnóstico da referida dor. Caso diagnosticado com dor crônica de origem osteomioarticular, o paciente era encaminhado para fisioterapia.

CONCLUSÃO: A implantação da estratégia possibilitou pactuações mais sistemáticas de integração entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Para a fisioterapia, a experiência possibilitou maiores esclarecimentos quanto à atuação da categoria na atenção básica em vista da prevenção, promoção e educação em saúde.

Descritores: Atenção primária à saúde, Dor crônica, Fisioterapia, Integralidade em saúde.

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde é definida como um modelo de atenção caracterizado por distintas articulações de ações destinadas a controlar determinantes riscos à saúde e a ocorrência de doenças em populações, sob a ótica da integralidade do cuidado, incluindo tanto a abordagem individual quanto a coletiva¹. Na atenção básica, indicadores necessitam de desenvolvimento sob a ótica da integração e vigilância à saúde.

Um destaque é o indicador para dores crônicas de origem osteomioarticular, pois se estima que 7 a 40% da população mundial sofram de dor crônica em diferentes partes do corpo, inclusive as dores dessa origem^{2,3}, cujas causas variam de acordo com os hábitos de vida, condições financeiras, e fatores emocionais entre outros⁴.

1. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
2. Prefeitura Municipal de Maracanaú, Maracanaú, CE, Brasil.
3. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Apresentado em 22 de julho de 2015.

Aceito para publicação em 21 de dezembro de 2015.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Thiago Brasileiro de Vasconcelos
Rua: Aveledo, 501/201, Torre 2 – Messejana
60871-210 Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: thiagobvasconcelos@hotmail.com

As alterações osteomioarticulares normalmente são ocasionadas por distúrbios estruturais e funcionais, que culminam em quadros dolorosos intensos e progressivos⁵.

A dor crônica osteomioarticular (DCO) pode causar consequências comprometedoras para a qualidade de vida. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional temporária ou permanente, dependência, faltas frequentes ao trabalho, afastamento social, dificuldades nas atividades sexuais, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de DCO⁶, sendo considerado um grave problema para a saúde do trabalhador.

Diante desse contexto e da vivência no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Residência Integrada em Saúde (RIS), observou-se que os pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) relataram com frequência a presença de dores osteomioarticulares na fase crônica. Na maioria dos casos, entretanto, o tratamento proposto não atingia os resultados esperados pela equipe multidisciplinar e pelos usuários. Isso somado à falta de integração entre Equipe de Saúde da Família (EqSF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Portanto, perante essa realidade situacional em saúde surgiu a necessidade da Implantação da Estratégia Vigilância da Dor Crônica Osteomioarticular (EVDCO), com atuação direta da fisioterapia em todo o processo. Desse modo, o presente estudo objetivou relatar a experiência do processo de implantação da EVDCO na atenção básica no município de Maracanaú/CE.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo que aborda a experiência da prática assistencial discente em Fisioterapia integrada à Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, de abordagem qualitativa, interpretativa através da descrição das fases de planejamento, implantação e execução da EVDCO visando à promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos da DCO.

As ações do processo de implantação da estratégia ocorreram nos meses de maio a junho de 2014. Como norteador desse caminho entre teoria e prática de processo gerencial e articulador para implantar a estratégia foram utilizados os pressupostos de Teixeira¹ e Codo⁷. Os profissionais fisioterapeutas foram os protagonistas da EVDCO, porém, todo o processo envolveu vários profissionais do serviço da UBASF Irmã Maria Heleny Matos Brandão (Maracanaú/CE). Ao todo participaram 10 profissionais: um médico, duas enfermeiras (sendo uma residente), dois fisioterapeutas (sendo um residente e um preceptor de núcleo da fisioterapia) e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Com a finalidade de elaborar, planejar, pactuar metas, prazos e objetivos estratégicos do indicador situacional em saúde, a DCO, o processo de implantação da estratégia passou pelas seguintes etapas: **1ª Etapa - Sala de situação em saúde:** A atividade de preceptoria de núcleo⁸ do programa da RIS-ESP/CE, foi utilizada para realização de salas situacionais em saúde^{9,10} relacionadas à demanda da fisioterapia. Foram discutidas ações, ideias e hipóteses e também realizado uma análise crítica do serviço, para então, atingir um consenso quanto a implantação de uma estratégia, a qual foi denominada:

Vigilância da Dor Crônica Osteomioarticular.

2ª Etapa - Desenho da estratégia: Foi realizado o planejamento de todas as etapas e percursos da estratégia, objetivando uma implantação bem estruturada e fundamentada. Destacaram-se como desenhos da estratégia os pontos como: fluxograma, instrumentos que foram utilizados (materiais para coleta de dados e avaliação clínica), e também os dispositivos existentes e ativos no território para atuação como apoio à aplicabilidade e manutenção da estratégia (grupos ativos de promoção à saúde no território – Grupo de Saúde Funcional, Grupo de Idosos, Grupo Bem-Viver).

3ª Etapa - Demonstração: Foram realizadas reuniões de equipe para o fortalecimento junto aos profissionais (médico, enfermeiras e agentes comunitários de saúde) da unidade, mediante esclarecimentos quanto aos objetivos e metas da EVDCO, o perfil dos usuários a serem recrutados e encaminhados, além da marcação das consultas.

4ª Etapa - Oficialização da implantação da estratégia: Foi oficializada a implantação da EVDCO com a participação dos profissionais diretamente envolvidos e da Coordenadora da UBASF e da Gerente da ANVISA⁵.

No período de julho de 2014 à março de 2015 foram encaminhados 29 pacientes para a triagem realizada pela EVDCO, 27 (93,10%) apresentaram o perfil de dor crônica osteomioarticular, seguiram o fluxo e foram avaliados pelo fisioterapeuta, outros 2 pacientes (6,90%) apresentaram perfil de dor aguda e não foram incluídos na estratégia. O produto de todo processo de implantação da EVDCO foi construído em sua 2ª Etapa.

O fluxograma da aplicabilidade da EVDCO foi fundamentado e constituído por um ciclo aberto (Figura 1), onde o paciente admitido na unidade com queixas de dores osteomioarticulares submetia-se a uma avaliação pela enfermagem a fim de realizar uma triagem. Posteriormente, era encaminhado ao médico para consulta clínica e o diagnóstico da referida dor. Caso diagnosticado com dor crônica

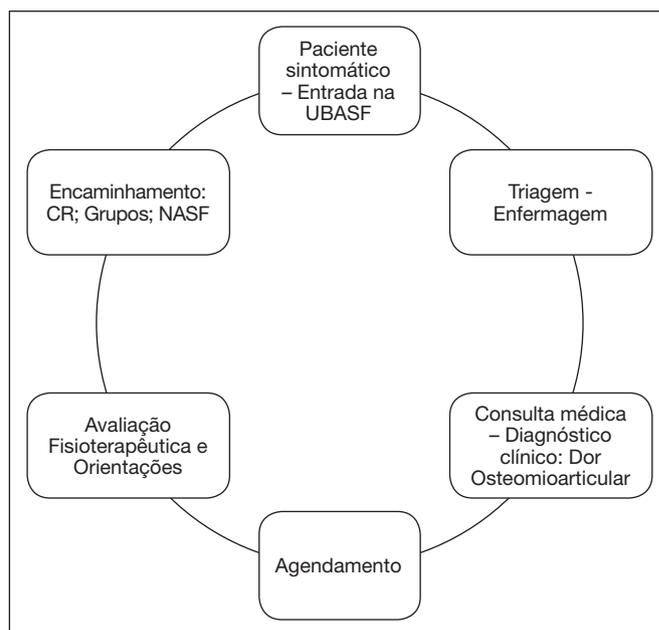


Figura 1. Fluxograma da implantação do processo de experiência

UBASF = Unidades Básicas de Saúde da Família; CR = Centro de Reabilitação; Grupos - Grupos ativos de promoção à saúde no território; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

de origem osteomioarticular, o paciente era encaminhado para o fisioterapeuta.

A execução da estratégia, ocorreu da seguinte maneira:

1) Pacientes recrutados e encaminhados pelas ACS ou pacientes de demanda livre davam entrada na UBASF e eram submetidos à triagem pela enfermagem para observar a real necessidade do atendimento oferecido pela EVDCO. A triagem tinha como objetivo a identificação da dor crônica, tendo como base a classificação da *International Association for the Study of Pain* (IASP) e da maioria das pesquisas sobre o assunto dor crônica, que classificam esse tipo de dor como uma dor que iniciou e persiste a tempo igual ou superior a seis meses⁴.

2) Consulta com o médico da unidade local para diagnóstico clínico da referida lesão. Os incluídos pela triagem seguirão o fluxo da estratégia.

3) Em seguida, na consulta com o fisioterapeuta, foi realizada uma nova triagem, visando à confirmação do tipo da dor. A avaliação clínica fisioterapêutica seguiu o seguinte protocolo: anamnese, análise de exames complementares, exame físico, avaliações osteopáticas, testes ortopédicos específicos, além da aplicação da Escala de Funcionalidade Barthel (Índice de Barthel)¹¹ nos pacientes idosos. As técnicas de avaliação foram utilizadas de acordo com a necessidade de investigação de cada caso. Em seguida foi esclarecido aos pacientes, de forma simples, o mecanismo da lesão.

4) Posteriormente, foram ministradas orientações sobre melhores hábitos a serem adotados, incentivo à prática regular de atividades físicas e instruções para realização de alguns métodos terapêuticos práticos e de fácil execução (criterapia, alongamentos, movimentos ativo-livres etc.) a serem realizadas pelo próprio paciente, como forma de evitar a progressão da lesão e controle da dor, visando melhor qualidade de vida. Os pacientes idosos foram encaminhados ao Grupo de Vida Saudável para Idosos que era executado por profissionais residentes (enfermeira, fisioterapeuta e psicóloga) no bairro onde está localizado a UBASF.

5) Os casos específicos, com maior necessidade de atenção, foram encaminhados para os centros de reabilitação existentes no município (n=13;48,15%), demais grupos ativos de promoção à saúde (n=11; 40,74%) ou para profissionais de outras categorias do NASF da AVISA⁵ (n=3; 11,11%), fortalecendo assim, o trabalho em rede de atenção à saúde do município e contribuindo com o fluxo por meio de uma referência mais apropriada.

DISCUSSÃO

A avaliação dos resultados clínicos, interpretação, intuição e experiência do profissional devem ser utilizadas para se desenvolver um programa terapêutico designado ao alívio da dor, restauração da função e prevenção de sua recorrência¹².

Em relação à temática sobre estratégias na atenção básica, é imprescindível o conhecimento de termos que são pilares, para a condução na ótica das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, a fim de dar início à luta de enfrentamento a inúmeras realidades situacionais em saúde no território. Termos esses em destaque do universo da saúde pública, como a territorialização, integração, integralidade e vigilância à saúde.

Desse modo, falando-se de integração, é importante lembrar

conceitos e divisões desse segmento tão visado e cobrado a sua aplicabilidade pelas equipes da atenção básica. Então, cabe registrar a distinção entre a “integralidade” e “integração”, que por vezes se confundem no tocante à organização dos serviços de saúde. O primeiro, em sucinta definição, é um atributo do modelo de atenção à saúde, algo que “deve ser”, já a integração é um processo, é algo “a fazer”, para que os modelos de atenção sejam integrais¹.

A EVDCO, como um meio para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, valoriza a integralidade e ações de interssetorialidade na atenção básica^{13,14} seguindo o caminho da vigilância da saúde, apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde¹⁵. Cruz et al.¹⁶ corroboram com o presente estudo, e destacam a importância da identificação dos prejuízos associados à dor crônica, pois contribuirá para a organização de propostas de prevenção e para a diminuição desses agravos, sendo o fisioterapeuta um profissional indispensável para identificar os mecanismos clínicos da dor por meio de sua avaliação, assim como, para determinar um método eficaz de tratamento para a dor¹⁷⁻¹⁹.

Sendo assim, Smart e Doodyb¹⁷ e Nijs e Van Houdenhove²⁰ acrescentaram que a compreensão e a identificação destes mecanismos auxiliam no julgamento e raciocínio clínico da avaliação, tratamento e prognóstico do paciente com dor.

A implantação de estratégias inovadoras, trabalhando com diferentes e frequentes indicadores, assim como as dores osteomioarticulares em fase crônica, busca estabelecer a definição de problemas e de prioridades, unificando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como, as assistenciais-reabilitadoras²¹. Observando que a maioria dos pacientes avaliados foi encaminhada a outros serviços.

Tratando-se de saúde pública na atenção básica, especificamente em saúde da família, é necessário o conhecimento da realidade dos usuários por parte dos profissionais de saúde, que devem, além de identificar indicadores, incentivá-los quanto às práticas de atividades preventivas e de promoção à saúde.

Segundo Mongini et al.²², um simples programa de exercícios caseiros reduz significativamente a intensidade da dor, a frequência das crises e a ingestão mensal de fármacos para controle da dor.

Toda essa complexidade do território em seus aspectos sociais, econômicos, culturais e de saúde, leva à necessidade da realização de planejamentos estratégicos em saúde a fim de criar, desenvolver e executar ações que promovam a integração na atenção básica através de ações de promoção, prevenção e educação em saúde. Diversos autores²³⁻²⁵ afirmam que as ações devem estar articuladas a modelos que representem espaços de práticas participativas, construtivas e direcionadas para a autonomia dos indivíduos.

Os conceitos e divisões dos termos integração e integralidade, descritos por Teixeira¹, conduzem a atenção básica em suas estratégias e ações em saúde, pois são pilares que norteiam os processos de implantação de estratégias nesse contexto, bem como o proposto pela EVDCO.

O presente estudo baseou-se nesses alicerces, tendo como ótica constante tais pilares, a fim de pensar, criar e planejar ideias exitosas que se transformariam em estratégias que promovessem a integração, resultando em um produto – desenho e fluxograma da EVDCO. Tal produto se vincula nos segmentos da integração e vigilância à saúde.

CONCLUSÃO

A realização de um planejamento estratégico para o processo de implantação de uma estratégia seja em qual for seu segmento de atuação, é fundamental para proporcionar êxito na sua implantação e aplicabilidade. Acredita-se que com essa prática prévia diante das estratégias em saúde, será possível reduzir as possibilidades de erros, descoberta de futuros empecilhos e atingir os objetivos e metas, sejam elas a curto, médio ou longo prazo.

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, foi percebido que a implantação da Estratégia Vigilância à Dor Crônica de Origem Osteomioarticular culminou em possibilidades mais sistemáticas de pactuações quanto à integração na comunicação entre os profissionais, sendo levantado e acordado por todas as possibilidades mais contínuas de diálogos formalizados por meio de instrumentos importantes de registros como, por exemplo, a evolução nos prontuários, notificações nos livros de registros das equipes NASF/EqSF, um maior uso do instrumental de referência e contra-referência, além de um melhor aproveitamento das agendas de trabalho das equipes NASF/EqSF para realização de reuniões entre as mesmas com maior periodicidade.

Para a fisioterapia, essa experiência exitosa tem sido desafiadora, gratificante e enriquecedora, pois possibilitaram maiores esclarecimentos quanto à atuação da categoria na atenção básica no aspecto não assistencial, por meio de atividades que lhe competem uma visão mais observacional, estrategista e idealizadora de propostas de integração na atenção básica, assim como, a competência de coordenar e conduzir o processo de implantação da estratégia no eixo de vigilância em saúde, em vista da prevenção, promoção e educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- Teixeira C. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de Apoio para Subsidiar o Debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Jun 2011. [11 mai 2015] Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.
- Dellaroza MS, Pimenta CA, Matsuo T. [Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(5):1151-60. Portuguese.
- Fishbain DA, Lewis JE, Cole B, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Variables associated with current smoking status in chronic pain patients. *Pain Med*. 2007;8(4):301-11.
- Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):622-30. English, Portuguese.
- Meneses GS, Leorne RO, Gouveia SS, Gouveia GP. Correlação das alterações osteomioarticulares e dor em idosos de Morrinhos (CE). *RBCEH, Passo Fundo*. 2013;10(2):139-49.
- Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain*. 2003;102(1-2):167-78.
- Codo F. Sala de Situação Gerencial Baseada no Planejamento Estratégico Situacional para Gestão Pública. Estratégias Globais e Sistemas Produtivos Brasileiros. IX Work Shop de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro Paula Souza. São Paulo 15 e 16 de Outubro de 2014. 127-35p. [11 Mai 2015]. Disponível em: <http://www.centropaula-souza.sp.gov.br>.
- Pagani R, Andrade, LO. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc*. 2012;21(Suppl1):94-106.
- Bueno H. Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil. In: Moya J. et al. (org). Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde - Ministério da Saúde, Brasília: 2010. 61-4p.
- Samico I, Hartz ZM, Felisberto E, Frias PG. A sala de situação da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*. 2002;61(26):236-44.
- Minosso JS, Amendola F, Alvarenga MR, Oliveira MA. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):218-23.
- Franco AL, Zamperini CA, Salata DC, Silva EC, Albino-Junior W, Camparis CM. Fisioterapia no tratamento da dor orofacial de pacientes com disfunção temporomandibular crônica. *Rev Cubana Estomatol*. 2011;48(1):56-61.
- Moraes DR. Revisitando as concepções de integralidade. *Rev Atenção Prim Saúde* 2006;9(1):64-72.
- Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):145-54.
- Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):929-30.
- Cruz HM, Pimenta CA, Dellaroza MS, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YA. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor*. 2011;12(2):108-14.
- Smart K, Doodyb D. Mechanisms-based clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Physiotherapy* 2006;92(3):171-8.
- Kumar SP, Saha S. Mechanism-based classification of pain for physical therapy management in palliative care: A Clinical Commentary. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(1):80-6.
- Gosling AP. Physical therapy action mechanisms and effects on pain management. *Rev Dor*. 2012;13(1):65-70.
- Nijs J, Van Houdenhove B. From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther*. 2009;14(1):3-12.
- Bertolozzi MR, Fraccolli L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *O Mundo da Saúde*. 2005;28(1):14-20.
- Mongini F, Ciccone G, Rota E, Ferrero L, Ugolini A, Evangelista A, et al. Effectiveness of an educational and physical programme in reducing headache, neck and shoulder pain: a work place controlled trial. *Cephalalgia*. 2008;28:541-52.
- Marziale MH, Jesus LC. Explanative and intervention models in workers' health promotion. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):654-9.
- Mitre SM, Batista RS, Mendonça JM, Pinto NM, Meirelles CA, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Suppl 2):2133-44.
- Montes de Oca Recio N, Machado RE. Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje em la Educación Superior. *Rev Hum Med*. 2011;11(3):475-88.