REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ABORDAGEM MULTIMODAL DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS

MULTIMODAL APPROACH TO CHRONIC PAIN IN PRIMARY CARE: THE ROLE OF PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES

Ciências da Saúde • 05/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793768460

Mariana Bandeira Junqueira

Alexandre Fleury Curado de Faria

Ana Clara Machado Bariani

Brunna Layla Santos de Andrade

Clara Luquetti Paiva

Daniel Gonçalves da Silva

Felipe Schmaltz Zalaf

Gabriel Alcino Souza Ferreira

Gabriela de Paula Vaz Candido Gomes

Iasmin Silva Bomtempo

João Pedro Gonçalves Souza

João Vitor Lelis Faria

José Nicolas Andraos Filho

Lucas Henrique Melo Guimarães

Luis Fellipe Diniz Fernandes

Matheus Lúcio Fernandes Gomes

Natália Campos Trindade

Pedro Henrique Miranda de Mendonça

Ruan Carlos Vicente Barbosa dos Santos

Sarah Elias Landim

Vitor Davi Ferreira

RESUMO

A dor crônica constitui um problema de saúde pública associado a limitações funcionais, sofrimento emocional, redução da qualidade de vida e maior utilização dos serviços de saúde. Sua complexidade exige uma abordagem que ultrapasse a supressão isolada do sintoma e considere a interação entre mecanismos biológicos, fatores psicológicos e condições sociais. Este artigo teve como objetivo discutir, por meio de revisão bibliográfica narrativa, as evidências recentes sobre o manejo multimodal da dor crônica na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Foram consultadas publicações indexadas e diretrizes clínicas de referência, priorizando estudos publicados entre 2016 e 2026, além de documentos fundamentais para a classificação da dor e protocolos nacionais. A literatura indica que a avaliação centrada na pessoa, a definição compartilhada de metas funcionais, a educação em dor, a atividade física graduada, as intervenções psicológicas e o uso criterioso de medicamentos podem compor planos individualizados. Anti-inflamatórios, antidepressivos e fármacos para dor neuropática podem ser úteis em contextos específicos, enquanto opioides exigem avaliação rigorosa de benefício, risco e acompanhamento. Persistem barreiras relacionadas à fragmentação do cuidado, ao acesso desigual à reabilitação e à formação profissional. Conclui-se que a Atenção Primária ocupa posição estratégica para coordenar um cuidado longitudinal, acessível e não estigmatizante, orientado tanto à redução da dor quanto à recuperação da função e da participação social.

Palavras-chave: Dor crônica; Atenção Primária à Saúde; Tratamento multimodal; Terapia farmacológica; Reabilitação.

ABSTRACT

Chronic pain is a public health problem associated with functional limitations, emotional distress, reduced quality of life, and increased use of health services. Its complexity requires an approach that goes beyond isolated symptom suppression and considers the interaction between biological mechanisms, psychological factors, and social conditions. This article aimed to discuss recent evidence on multimodal management of chronic pain in Primary Health Care, emphasizing the integration of pharmacological and non-pharmacological interventions, through a narrative literature review. Indexed publications and major clinical guidelines were consulted, prioritizing studies published between 2016 and 2026, alongside key documents on pain classification and national protocols. The literature indicates that person-centred assessment, shared functional goals, pain education, graded physical activity, psychological interventions, and judicious medication use can be combined in individualized care plans. Anti-inflammatory drugs, antidepressants, and medicines for neuropathic pain may be useful in specific contexts, whereas opioids require careful assessment of benefits, risks, and follow-up. Barriers remain regarding fragmented care, unequal access to rehabilitation, and professional training. Primary Health Care is strategically positioned to coordinate longitudinal, accessible, and non-stigmatizing care focused not only on pain reduction but also on functional recovery and social participation.

Keywords: Chronic pain; Primary Health Care; Multimodal treatment; Pharmacological therapy; Rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Quando persiste ou recorre por mais de três meses, é geralmente classificada como crônica, embora sua apresentação varie conforme a condição clínica, os mecanismos envolvidos e o contexto de vida. Diferentemente da dor aguda, que costuma acompanhar uma lesão ou processo fisiológico delimitado, a dor crônica pode manter-se mesmo após a resolução parcial do evento inicial e tornar-se, ela própria, uma condição que demanda cuidado continuado (Nicholas et al., 2019; Cohen; Vase; Hooten, 2021).

A dimensão epidemiológica e social do problema é expressiva. A dor persistente está associada a incapacidade, afastamento do trabalho, alterações do sono, sintomas ansiosos e depressivos, restrição de atividades cotidianas e sobrecarga de familiares. Seus efeitos não se distribuem igualmente: pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, com trabalhos fisicamente exigentes ou com menor acesso à reabilitação podem enfrentar maior dificuldade para manter o cuidado e recuperar a funcionalidade. A literatura também descreve grande variabilidade nas estimativas de prevalência, em parte devido a diferenças conceituais e metodológicas entre estudos (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

A classificação contemporânea distingue, entre outros mecanismos, a dor nociceptiva, relacionada à ativação de nociceptores por lesão ou inflamação tecidual; a neuropática, decorrente de lesão ou doença do sistema somatossensorial; e a nociplástica, associada à alteração da nocicepção sem evidência suficiente de dano tecidual ou lesão neural que explique integralmente a experiência dolorosa. Esses mecanismos podem coexistir e se modificar ao longo do tempo, o que limita a utilidade de estratégias uniformes e centradas

exclusivamente em um diagnóstico anatômico (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é cenário privilegiado para o cuidado da dor crônica por sua proximidade com a comunidade, possibilidade de acompanhamento longitudinal e capacidade de articular prevenção, tratamento e reabilitação. Ainda assim, o atendimento pode ser marcado pela repetição de consultas sem um plano estruturado, pela dependência de medicamentos, pela solicitação excessiva de exames ou pela fragmentação entre especialidades. A abordagem biomédica isolada tende a ser insuficiente quando não contempla o impacto da dor sobre o sono, o humor, as relações sociais, o trabalho e a autonomia.

Diretrizes internacionais e nacionais têm reforçado a importância do cuidado centrado na pessoa, da decisão compartilhada e da combinação racional de intervenções. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em diretriz de 2023 para dor lombar primária crônica, recomenda considerar educação estruturada, exercícios, terapias psicológicas e, em situações selecionadas, medicamentos, dentro de um plano individualizado e integrado. No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica foi atualizado em 2024, oferecendo referência nacional para diagnóstico e tratamento no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2024a; WHO, 2023).

Apesar desse avanço, permanece o desafio de traduzir evidências em intervenções factíveis na rotina da APS, especialmente em territórios com escassez de profissionais de reabilitação e saúde mental. A questão que orienta este artigo é: de que maneira a integração de terapias farmacológicas e não farmacológicas pode qualificar o cuidado à pessoa com dor crônica na APS? O objetivo é

analisar criticamente a literatura recente sobre os componentes dessa abordagem, seus benefícios, limites e possibilidades de implementação no contexto brasileiro. A relevância do tema reside em apoiar decisões clínicas seguras, reduzir tratamentos de baixo valor e favorecer desfechos que importam ao paciente, como autonomia, participação e qualidade de vida.

1.1. Delimitação do Problema na Prática Assistencial

Na Atenção Primária à Saúde, a dor persistente frequentemente aparece como uma demanda reiterada, e não como um episódio isolado. Essa característica modifica o raciocínio clínico: além de identificar possíveis doenças causais, é necessário compreender como a experiência dolorosa repercute na autonomia, na rotina doméstica e no acesso aos serviços. A continuidade do acompanhamento permite observar mudanças que não seriam perceptíveis em uma consulta pontual, como a redução progressiva de atividades, o afastamento de vínculos sociais ou o acúmulo de prescrições sem avaliação sistemática de seus resultados. A compreensão contemporânea da dor, apresentada por Cohen, Vase e Hooten (2021), oferece fundamento para substituir uma lógica exclusivamente sintomática por uma abordagem longitudinal.

A persistência da dor não significa, necessariamente, progressão de dano anatômico. A relação entre intensidade do sintoma, alterações estruturais e incapacidade pode variar substancialmente entre indivíduos. Por essa razão, interpretar um exame de imagem fora do contexto clínico pode produzir decisões desproporcionais, enquanto atribuir sintomas sem explicação estrutural a causas exclusivamente emocionais compromete o vínculo terapêutico. A classificação proposta para a CID-11 ajuda a reconhecer a dor crônica como

condição clínica que merece avaliação própria, mesmo quando associada a outras doenças (Nicholas et al., 2019; Treede et al., 2019).

O problema central não se resume a escolher entre medicamento e reabilitação. Consiste em construir uma sequência de intervenções coerente com o mecanismo provável da dor, os riscos da farmacoterapia, os objetivos do paciente e a capacidade de resposta da rede assistencial. Nesse sentido, multimodalidade designa integração e coordenação, e não a simples soma de procedimentos. Essa distinção é especialmente importante em serviços com restrições de tempo, profissionais e recursos, nos quais intervenções desconectadas podem aumentar o custo do cuidado sem melhorar a funcionalidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Dor Crônica: Classificação e Modelo Biopsicossocial

A dor crônica não deve ser entendida como uma entidade homogênea. A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) reconhece a dor crônica primária como uma condição em que a dor persiste ou recorre por mais de três meses e está associada a sofrimento emocional significativo ou incapacidade funcional, sem ser mais bem explicada por outra condição. Já a dor crônica secundária relaciona-se a uma doença subjacente, como osteoartrite, câncer, neuropatia ou doença inflamatória. As categorias podem coexistir, e a classificação não substitui a avaliação clínica individual (Nicholas et al., 2019; TREede et al., 2019).

O modelo biopsicossocial oferece uma estrutura para compreender por que pessoas com alterações clínicas semelhantes podem apresentar níveis diferentes de dor e incapacidade. A dimensão

biológica inclui lesão, inflamação, sensibilização neural, comorbidades, sono e condicionamento físico. A dimensão psicológica abrange expectativas, medo de movimento, catastrofização, humor e estratégias de enfrentamento. A dimensão social envolve relações familiares, trabalho, renda, discriminação, acesso aos serviços e crenças culturais sobre a dor. Esses elementos não significam que a dor seja imaginária ou exclusivamente emocional; representam fatores que modulam uma experiência real e multidimensional (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

Na prática clínica, reconhecer essa complexidade evita dois erros opostos: atribuir toda a dor a uma imagem ou alteração estrutural, ou desconsiderar uma condição orgânica porque exames não explicam a intensidade dos sintomas. Exames complementares devem responder a uma pergunta clínica e ser solicitados quando houver indicação, pois achados incidentais podem aumentar preocupação sem necessariamente orientar o tratamento. A avaliação deve combinar história, exame físico, revisão de sinais de alerta e análise do impacto funcional.

Também é importante reconhecer que a dor crônica pode coexistir com depressão, ansiedade, distúrbios do sono, uso problemático de substâncias e outras doenças crônicas. Essas condições devem ser identificadas e tratadas sem estigmatização. O vínculo terapêutico é parte do cuidado: validar a experiência do paciente, explicar a natureza multifatorial da dor e evitar expressões que sugiram exagero ou falta de esforço favorece adesão e construção de metas realistas.

Classificação como instrumento de decisão clínica

A distinção entre dor crônica primária e secundária possui valor prático porque orienta o tipo de investigação e a interpretação das intervenções disponíveis. Na dor secundária, identificar e tratar a condição subjacente pode modificar a evolução do quadro; na dor primária, o foco se desloca para a experiência dolorosa, o sofrimento e a limitação funcional, sem presumir que exista uma lesão única capaz de explicar todos os sintomas. A classificação, contudo, não estabelece fronteiras absolutas: uma pessoa pode apresentar doença musculoesquelética e, simultaneamente, mecanismos de sensibilização que ampliam a repercussão da dor. Nicholas et al. (2019) e Treede et al. (2019) oferecem o referencial conceitual para essa leitura integrada.

É importante diferenciar classificação de diagnóstico etiológico. Identificar características neuropáticas, nociceptivas ou nociplásticas ajuda a formular hipóteses, mas não elimina a necessidade de exame físico, revisão da história e reconhecimento de sinais de alerta. Tampouco justifica uma escolha farmacológica automática. Um medicamento estudado para dor neuropática, por exemplo, não deve ser generalizado para qualquer dor persistente; de modo semelhante, orientações voltadas à dor lombar primária não equivalem a recomendações universais para todas as síndromes dolorosas (Nice, 2021; WHO, 2023).

Na comunicação clínica, essa classificação pode ser apresentada em linguagem acessível, esclarecendo que a dor é real mesmo quando os exames não revelam lesão proporcional à intensidade relatada. O propósito é oferecer um modelo explicativo que permita ao paciente participar das decisões, evitando tanto a medicalização excessiva quanto a desqualificação do sofrimento. O enquadramento

biopsicossocial não substitui o diagnóstico médico; amplia os elementos necessários para um plano terapêutico individualizado.

Interações entre sofrimento, atividade e contexto social

O modelo biopsicossocial descreve dimensões interdependentes, e não três causas concorrentes. Uma alteração física pode desencadear dor, que passa a prejudicar o sono e a reduzir a atividade; o descondicionamento subsequente pode limitar ainda mais a função, enquanto preocupações financeiras e familiares dificultam a adesão ao tratamento. Esse encadeamento não é obrigatório nem idêntico em todas as pessoas, mas ilustra por que intervenções dirigidas a apenas um componente podem produzir resultados incompletos (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

Fatores psicológicos merecem avaliação sem transformar a dor em diagnóstico psiquiátrico. Medo de movimento, expectativas de piora e estratégias de enfrentamento podem interferir no comportamento e na recuperação funcional. Por outro lado, sintomas depressivos, ansiedade e insônia podem constituir condições concomitantes com necessidades terapêuticas próprias. O cuidado centrado na pessoa exige reconhecer essas situações, discutir possibilidades de apoio e evitar afirmações que atribuam responsabilidade individual pela persistência da dor.

A dimensão social também influencia o que é factível. Recomendar atividade física diária a quem enfrenta jornadas extensas de trabalho, transporte difícil ou responsabilidades de cuidado exige negociação concreta de horários e intensidade. A disponibilidade de fisioterapia, espaços comunitários e acompanhamento psicológico não é homogênea. Assim, a equidade depende de adaptar o plano

às condições de vida sem reduzir a qualidade da avaliação. A perspectiva de implementação do modelo biopsicossocial na atenção primária, discutida por Nuernberg Back, Liebano e Avila (2021), ajuda a situar essas barreiras no trabalho cotidiano das equipes.

2.2. Avaliação Clínica e Organização do Cuidado na APS

A avaliação inicial deve caracterizar localização, duração, padrão temporal, intensidade, fatores agravantes e atenuantes, sintomas associados, tratamentos prévios e resposta observada. É necessário investigar antecedentes, comorbidades, uso de medicamentos prescritos e não prescritos, consumo de álcool e outras substâncias, qualidade do sono, humor, atividade física e contexto ocupacional. A intensidade numérica da dor pode ser registrada, mas não deve ser o único indicador de evolução. Medidas de função — caminhar, dormir, cuidar da casa, trabalhar ou participar de atividades valorizadas — costumam fornecer informação clinicamente mais útil.

Instrumentos breves, como escalas numéricas de dor, questionários de incapacidade específicos para a condição e rastreios de sintomas depressivos ou ansiosos, podem apoiar a avaliação sem substituir a conversa clínica. O plano de cuidado deve incluir objetivos mensuráveis, definidos com a pessoa, e uma data de reavaliação. Um objetivo como “voltar a caminhar quinze minutos, cinco dias por semana” é mais operacional do que a expectativa inespecífica de “não sentir dor”. A meta pode ser revista conforme a resposta, os efeitos adversos e as condições de vida.

A busca de sinais de alerta é indispensável. Febre ou sinais sistêmicos, trauma significativo, déficit neurológico progressivo, anestesia em sela, disfunção vesical ou intestinal recente, suspeita de infecção, fratura, neoplasia ou doença inflamatória grave exigem investigação ou encaminhamento oportuno. O manejo multimodal não deve atrasar a identificação de causas específicas tratáveis. A decisão sobre exames e encaminhamentos deve considerar história e exame físico, evitando tanto a omissão de condições graves quanto a investigação indiscriminada.

A APS pode coordenar o cuidado com consultas programadas, plano terapêutico singular quando necessário, revisão periódica de medicamentos e articulação com fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia clínica e serviços especializados. A equipe multiprofissional não precisa estar reunida em todas as consultas para trabalhar de modo integrado: metas compartilhadas, comunicação clara e registro acessível ajudam a reduzir duplicidade e mensagens contraditórias. A revisão sistemática de Huttunen et al. (2024) observa que programas multidisciplinares na APS ainda são relativamente escassos, apesar do papel central da atenção primária na procura por cuidados relacionados à dor.

Anamnese orientada por função e objetivos

Uma avaliação clinicamente útil deve registrar não apenas onde e quanto dói, mas também o que a pessoa deixou de fazer. A intensidade autorreferida é importante para acompanhar sintomas, porém pode permanecer elevada mesmo diante de ganhos relevantes em mobilidade, sono ou participação social. Por isso, indicadores funcionais definidos conjuntamente com o paciente tornam a evolução mais interpretável. O registro de atividades

valorizadas — caminhar até o comércio, preparar refeições, permanecer sentado durante o trabalho ou retomar atividades recreativas — permite acompanhar mudanças significativas sem reduzir a experiência a uma pontuação isolada.

A história terapêutica deve distinguir intervenções realmente testadas daquelas apenas prescritas. É necessário conhecer duração de uso, adesão possível, resposta percebida, efeitos adversos, motivos de interrupção e obstáculos financeiros ou logísticos. Essa reconstrução evita repetir estratégias malsucedidas e revela oportunidades de simplificação. A revisão dos medicamentos em uso também pode identificar combinações potencialmente problemáticas, sobretudo quando prescrições de diferentes serviços não são reconciliadas.

A decisão compartilhada requer explicar o que se espera de cada intervenção e em quanto tempo sua utilidade poderá ser reavaliada, sem prometer eliminação completa da dor. Metas podem incluir tolerar maior tempo de caminhada, reduzir interrupções do sono ou recuperar uma tarefa doméstica. Sua escolha deve considerar segurança e preferências, e o plano precisa prever o que fazer quando não houver benefício, quando surgirem efeitos adversos ou quando o acesso à intervenção proposta se tornar inviável (Nice, 2021; BRASIL, 2024a).

Sinais de alerta e limites da abordagem conservadora

O reconhecimento da complexidade da dor persistente não deve reduzir a atenção às causas graves. Alterações neurológicas progressivas, sinais sistêmicos relevantes, suspeita de infecção, neoplasia ou fratura e alterações recentes de controle esfincteriano

exigem raciocínio diagnóstico específico. O significado de cada achado depende do contexto e do exame clínico; listas de sinais de alerta são instrumentos de atenção, não substitutos de julgamento profissional. A abordagem multimodal é compatível com investigação oportuna e encaminhamento quando indicado.

Da mesma forma, a ausência de sinais de alerta não autoriza concluir que todos os quadros têm o mesmo mecanismo. A avaliação deve diferenciar condições musculoesqueléticas, neuropáticas e outras apresentações, reconhecendo que características podem se sobrepor. A escolha de exames deve ser justificada por uma hipótese clínica e por seu potencial de modificar a conduta. Solicitações repetidas sem pergunta definida podem produzir achados incidentais e aumentar a fragmentação do acompanhamento.

A APS possui vantagem organizacional por acompanhar a evolução e revisar hipóteses. Quando uma estratégia inicial não produz resposta, a equipe pode reexaminar o diagnóstico, verificar adesão e tolerabilidade, reconhecer novas manifestações e decidir sobre apoio especializado. Esse processo não deve ser interpretado como fracasso da atenção primária, mas como exercício de coordenação longitudinal do cuidado. A segurança depende tanto de evitar exames e intervenções desnecessários quanto de reconhecer oportunamente situações que ultrapassam a capacidade resolutiva local.

Continuidade, Prontuário e Coordenação de Equipe

A continuidade assistencial depende de informação acessível e coerente. Um plano registrado no prontuário deve indicar hipótese

clínica, problemas prioritários, objetivos funcionais, intervenções em curso, efeitos adversos relevantes e prazo de reavaliação. Esses elementos reduzem a possibilidade de orientações contraditórias em atendimentos sucessivos e favorecem a participação de diferentes profissionais sem que o paciente precise reconstruir toda a história a cada consulta.

A coordenação multiprofissional não exige que todas as categorias profissionais atendam simultaneamente. Pode ser organizada por encaminhamentos com perguntas clínicas claras, devolutivas objetivas e metas comuns. A fisioterapia pode concentrar-se na progressão de atividade, a psicologia no sofrimento e nas estratégias de enfrentamento, a farmácia clínica na segurança dos medicamentos e a equipe médica e de enfermagem na integração e monitoramento do plano. A efetividade dessa articulação depende mais da consistência das decisões do que do número de encaminhamentos.

Huttunen et al. (2024) apontam a escassez relativa de programas multidisciplinares formalmente avaliados na atenção primária. Essa limitação impede pressupor que qualquer arranjo de equipe produza benefícios equivalentes. Na prática, recomenda-se explicitar os componentes do cuidado e acompanhar resultados relevantes para o paciente, permitindo ajustes conforme recursos disponíveis e resposta observada.

2.3. Intervenções Não Farmacológicas

2.3.1. Educação em Dor e Autocuidado Apoiado

A educação em dor procura ampliar a compreensão dos mecanismos envolvidos, corrigir interpretações excessivamente

ameaçadoras e fortalecer a capacidade de autogerenciamento. Explicar que a dor é real, que sua intensidade nem sempre acompanha proporcionalmente a extensão de uma lesão e que o sistema nervoso pode tornar-se mais sensível ajuda a reduzir medo e evitação. A comunicação deve ser adaptada à escolaridade, linguagem e crenças do paciente, sem prometer cura nem minimizar sofrimento.

Informação isolada dificilmente resolve uma condição complexa. A educação ganha valor quando conectada a estratégias concretas, como planejamento de atividades, conservação de energia, pausas, retorno gradual a tarefas e reconhecimento de padrões de piora. Metas pequenas e progressivas podem aumentar a confiança e prevenir o ciclo de inatividade, perda de condicionamento e maior incapacidade. A OMS considera que programas estruturados de educação podem ser oferecidos como parte do cuidado à dor lombar primária crônica, embora a certeza da evidência varie conforme a intervenção (WHO, 2023).

Comunicação terapêutica e compreensão compartilhada

A educação em dor deve ser compreendida como processo clínico contínuo. Em vez de uma explicação padronizada entregue em uma única consulta, pode envolver identificar crenças, esclarecer dúvidas e revisar o entendimento à medida que o paciente experimenta novas atividades. Uma comunicação adequada reconhece o sofrimento e apresenta a dor persistente como fenômeno influenciado por múltiplos mecanismos, sem sugerir que a pessoa inventa sintomas ou que a ausência de achados estruturais elimina a necessidade de cuidado.

As mensagens educativas precisam ser compatíveis com o diagnóstico e com as limitações individuais. A orientação de manter movimento, por exemplo, não equivale a ignorar agravamentos importantes ou sinais de alerta. Explicar a diferença entre desconforto tolerável durante uma progressão de atividades e manifestações que exigem reavaliação pode favorecer decisões mais seguras. A OMS (2023) considera programas estruturados de educação como parte do cuidado à dor lombar primária crônica, embora a certeza das evidências não seja uniforme para todas as modalidades.

O autocuidado apoiado implica acompanhamento, e não transferência de responsabilidade. A equipe deve ajudar a transformar recomendações gerais em ações exequíveis: selecionar uma atividade relevante, estabelecer progressão, identificar barreiras e planejar retorno. Materiais simples e linguagem compreensível podem ampliar o alcance, mas não substituem a oportunidade de discutir dúvidas e dificuldades. A avaliação do sucesso deve considerar a capacidade de incorporar as estratégias à vida cotidiana, e não apenas a recordação de informações.

Planejamento de atividades e manejo de oscilações

Pessoas com dor persistente podem alternar períodos de atividade intensa, quando os sintomas melhoram, e interrupção quase completa após piora. Uma estratégia de planejamento procura reduzir essa oscilação por meio de objetivos proporcionais à capacidade atual. O paciente pode iniciar por uma tarefa curta e previsível, com pausas definidas e progressão gradual, observando tanto a resposta dolorosa quanto o impacto sobre a função. O

objetivo não é eliminar qualquer desconforto, mas construir tolerância e confiança de maneira segura.

Oscilações dos sintomas devem ser previstas no plano terapêutico. Uma piora transitória não significa necessariamente lesão nova, mas precisa ser interpretada à luz da história, da intensidade e de manifestações associadas. A equipe pode orientar ajustes temporários de carga e reavaliação quando surgirem sinais incompatíveis com o padrão habitual. Essa abordagem evita decisões extremas, como abandonar completamente a atividade ou insistir em esforços que ultrapassam a capacidade individual.

O acompanhamento pode explorar quais atividades têm maior significado para a pessoa. Em vez de impor metas abstratas, é possível relacionar a progressão ao retorno ao trabalho, ao cuidado familiar ou à participação comunitária. A educação, assim, articula conhecimento, comportamento e funcionalidade, mantendo o foco nos resultados valorizados pelo paciente (WHO, 2023; Nice, 2021).

2.3.2. Exercício Terapêutico e Atividade Física

O exercício é um componente central do tratamento de diversas condições dolorosas, incluindo dor lombar persistente, osteoartrite e fibromialgia. Pode melhorar capacidade física, sono, humor e participação funcional, mesmo quando a redução da intensidade dolorosa é modesta. Não há uma modalidade universalmente superior: caminhada, fortalecimento, exercícios aquáticos, mobilidade, treino de equilíbrio, tai chi ou programas individualizados podem ser escolhidos de acordo com preferências, comorbidades, segurança e disponibilidade.

A prescrição deve considerar o nível inicial de atividade e evitar a lógica de “tudo ou nada”. Em pessoas com medo de movimento ou descondicionamento, começar com períodos curtos e progredir de forma planejada pode ser mais viável do que propor exercícios intensos desde o início. A piora transitória dos sintomas precisa ser discutida e diferenciada de sinais de lesão ou doença aguda. Quando disponível, a fisioterapia pode apoiar a avaliação funcional e a progressão, mas orientações graduais também podem ser incorporadas ao cuidado da equipe de APS.

A diretriz da OMS de 2023 recomenda considerar programas de exercício estruturado para adultos com dor lombar primária crônica, sem concluir que uma modalidade específica seja superior a todas as demais. Essa ressalva é importante: a adesão, a acessibilidade e a adequação ao paciente podem ser tão decisivas quanto a escolha técnica do exercício (WHO, 2023).

Individualização e progressão terapêutica

A indicação de exercício precisa considerar capacidade funcional inicial, comorbidades, preferências e acesso. Uma modalidade adequada para determinada pessoa pode ser inviável ou pouco aceitável para outra. Caminhada, fortalecimento, exercícios em água, mobilidade e práticas de equilíbrio representam possibilidades, mas sua seleção deve responder a objetivos clínicos e funcionais. A diretriz da OMS (2023) não estabelece uma modalidade única superior para todos os adultos com dor lombar primária crônica.

A progressão pode ser construída a partir de parâmetros observáveis, como duração, frequência e tolerância às atividades, em vez de depender exclusivamente da intensidade da dor em cada

sessão. É útil distinguir a prescrição de movimento como intervenção terapêutica da expectativa de desempenho esportivo. Para pessoas descondicionadas, pequenas metas repetíveis podem ser mais sustentáveis que programas ambiciosos. O ajuste de carga deve incorporar a evolução e a possibilidade de flutuações dos sintomas.

O papel da equipe é apoiar escolhas realistas e seguras. Quando há fisioterapia disponível, sua contribuição pode incluir avaliação funcional, orientação técnica e revisão da progressão. Em cenários de acesso restrito, intervenções educativas e atividades domiciliares adaptadas podem integrar o cuidado, desde que respeitem contraindicações e limitações individuais. A ausência de uma estrutura especializada não deve levar à prescrição genérica de exercício sem orientação mínima ou monitoramento.

Adesão, barreiras e resultados funcionais

A adesão ao exercício depende de fatores que ultrapassam a motivação individual. Deslocamento, custo, horários de trabalho, insegurança no território, responsabilidades familiares e medo de piora podem impedir a execução do plano. Identificar essas barreiras durante a consulta permite escolher estratégias alternativas, como atividades próximas de casa, sessões mais curtas ou participação em recursos comunitários. A equidade exige considerar a viabilidade real da recomendação.

A avaliação dos resultados deve incorporar desfechos funcionais e percepção de autonomia. Uma pessoa pode relatar redução modesta da dor, mas apresentar ganho importante na capacidade de caminhar ou realizar tarefas. Inversamente, a melhora temporária

do sintoma sem retomada de atividades pode indicar necessidade de revisar o plano. Essa distinção evita reduzir a eficácia a uma única escala numérica.

A integração entre atividade física, educação e apoio psicológico pode ser relevante quando medo de movimento, baixa confiança ou sofrimento emocional dificultam a progressão. A proposta multimodal não pressupõe que todas as intervenções sejam necessárias em todos os casos; busca identificar os componentes que respondem às barreiras presentes. A literatura de síntese sobre dor crônica destaca a importância da individualização e da reavaliação longitudinal (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

2.3.3. Intervenções Psicológicas

Terapias psicológicas não implicam que a dor seja causada exclusivamente por fatores emocionais. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ajudar a identificar pensamentos e comportamentos que intensificam sofrimento, desenvolver estratégias de enfrentamento, reduzir catastrofização e apoiar a retomada de atividades. Terapias baseadas em aceitação e compromisso (ACT) enfatizam flexibilidade psicológica e ação orientada por valores, mesmo na presença de sintomas. Ambas podem ser consideradas em casos selecionados, conforme preferências e disponibilidade de profissionais capacitados.

Ansiedade, depressão, trauma e insônia devem ser avaliados e tratados de acordo com suas próprias indicações clínicas, em vez de serem vistos apenas como consequência da dor. A integração entre psicologia e reabilitação pode ajudar o paciente a lidar com o medo de movimento e com expectativas de melhora realistas. A diretriz

NICE recomenda considerar TCC ou ACT para pessoas com dor crônica primária, reconhecendo que o cuidado deve ser compartilhado e individualizado (Nice, 2021).

Papel das intervenções psicológicas no cuidado integrado

Intervenções psicológicas podem atuar sobre sofrimento, estratégias de enfrentamento e participação nas atividades, sem negar a dimensão biológica da dor. A terapia cognitivo-comportamental procura reconhecer padrões de pensamento e comportamento que dificultam a adaptação, enquanto abordagens baseadas em aceitação podem apoiar ações orientadas por valores apesar da persistência de sintomas. A escolha deve ser individualizada, levando em conta preferências, indicação clínica e disponibilidade de profissionais capacitados (Nice, 2021).

A presença de ansiedade, depressão ou insônia requer avaliação específica. Esses problemas não devem ser tratados apenas como expressões secundárias da dor, pois podem demandar intervenções próprias. Também é importante não presumir que todos os pacientes com dor crônica necessitam de psicoterapia formal. A equipe pode identificar situações nas quais apoio psicológico estruturado tende a ser mais pertinente, especialmente quando sofrimento intenso ou medo de movimento comprometem o plano funcional.

A comunicação entre profissionais deve evitar mensagens contraditórias. Se o médico afirma que a atividade é segura em determinado contexto e outro profissional sugere repouso irrestrito sem justificativa clínica, a confiança do paciente pode diminuir. Metas compartilhadas e explicações consistentes ajudam a integrar

reabilitação e saúde mental. A abordagem não estigmatizante é essencial para que o encaminhamento psicológico seja entendido como componente legítimo do cuidado, e não como desqualificação da experiência dolorosa.

2.3.4. Sono, Hábitos e Intervenções Complementares

Distúrbios do sono e dor mantêm uma relação bidirecional: a dor pode dificultar o sono e a privação de sono pode amplificar a sensibilidade dolorosa, a fadiga e a irritabilidade. A APS pode orientar regularidade dos horários, ambiente adequado, redução de estimulantes no período noturno e avaliação de causas tratáveis de insônia. Quando indicado, intervenções específicas para insônia podem integrar o plano. Tabagismo, sedentarismo e uso nocivo de álcool também merecem abordagem não moralizante e apoio para mudança de hábitos.

Práticas integrativas e complementares, como acupuntura, meditação, tai chi e outras intervenções mente-corpo, podem ser consideradas de acordo com evidência para a condição, segurança, preferência e disponibilidade local. O Ministério da Saúde reconhece a possibilidade de utilização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no contexto da dor crônica quando disponíveis, como parte de uma visão ampliada do cuidado (BRASIL, 2024b). Essas práticas não devem substituir tratamentos efetivos para doenças subjacentes nem ser apresentadas como soluções garantidas. É necessário informar incertezas, custos, riscos e evitar alegações sem sustentação científica.

A terapia manual e a massagem podem ter papel adjuvante em alguns quadros musculoesqueléticos, sobretudo quando associadas

a atividade e educação, mas não devem se transformar em estratégia passiva exclusiva. Para ampliar equidade, a equipe pode considerar grupos de educação, atividades comunitárias, materiais impressos simples e recursos digitais acessíveis, respeitando limitações de conectividade, mobilidade e alfabetização em saúde.

Sono e organização de hábitos no plano terapêutico

O sono deve ser investigado como componente da avaliação funcional, porque alterações de descanso podem repercutir sobre fadiga, humor e percepção dolorosa. A relação é bidirecional: sintomas persistentes dificultam o repouso, enquanto noites mal dormidas podem reduzir a tolerância às atividades. O acompanhamento pode registrar padrões de sono e identificar fatores passíveis de abordagem, evitando pressupor que toda dificuldade para dormir seja consequência direta da dor.

Medidas relacionadas a horários, ambiente e hábitos podem integrar o autocuidado, mas precisam ser adaptadas às circunstâncias pessoais. Trabalhadores em turnos, cuidadores e pessoas com condições clínicas concomitantes podem encontrar obstáculos específicos. Quando houver suspeita de transtorno do sono, a avaliação não deve ser substituída por orientações genéricas. A utilidade dessas medidas decorre de sua integração a um plano mais amplo, e não de uma promessa de analgesia isolada.

Práticas complementares também exigem discernimento. A nota técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024b) situa essas intervenções no contexto da atenção primária, mas sua oferta deve considerar segurança, disponibilidade e evidência para cada condição. É inadequado apresentá-las como substitutas de

investigação clínica ou tratamento necessário. O paciente deve receber informação clara sobre incertezas e custos, preservando autonomia e evitando expectativas desproporcionais.

2.4. Terapias Farmacológicas: Indicações e Limites

Os medicamentos podem reduzir sintomas e facilitar a participação em intervenções não farmacológicas, mas raramente constituem solução isolada para todas as dimensões da dor crônica. A escolha deve partir do diagnóstico provável, do mecanismo predominante, das comorbidades, dos tratamentos prévios, das interações, dos riscos individuais e dos objetivos acordados. Sempre que possível, deve-se iniciar com uma estratégia definida, acompanhar resposta e efeitos adversos e evitar a manutenção automática de fármacos sem benefício funcional demonstrável.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) podem ter utilidade em condições musculoesqueléticas selecionadas, especialmente quando há componente inflamatório, mas devem ser utilizados na menor dose eficaz e pelo menor período necessário. Riscos gastrointestinais, renais e cardiovasculares, idade avançada, hipertensão, doença renal, anticoagulação e uso concomitante de outros fármacos precisam ser considerados. Para dor lombar primária crônica, a OMS admite AINEs como opção de curto prazo ou uso intermitente, dentro de um plano mais amplo e após avaliação de riscos (WHO, 2023). Paracetamol isolado apresenta benefício limitado em algumas condições crônicas e não deve ser adotado como resposta automática a toda queixa dolorosa.

Antidepressivos, incluindo duloxetina e, em situações selecionadas, amitriptilina, podem ter papel em determinadas síndromes

dolorosas, especialmente quando há dor neuropática ou características de dor crônica primária, conforme a diretriz e o contexto clínico. Seus efeitos podem incluir melhora do sono, da qualidade de vida e do sofrimento associado, mesmo sem diagnóstico de depressão. A escolha requer considerar contraindicações, efeitos anticolinérgicos, risco de quedas, alterações de pressão arterial, interações e tempo necessário para avaliar resposta. A indicação deve respeitar as diretrizes nacionais e a condição clínica específica.

Gabapentinoides, como gabapentina e pregabalina, têm indicação em algumas síndromes de dor neuropática, mas não devem ser prescritos indiscriminadamente para toda dor crônica. É necessário revisar função renal, sedação, tontura, risco de quedas, associação com opioides e possibilidade de uso inadequado. A diretriz NICE recomenda não iniciar gabapentinoides para dor crônica primária, salvo contextos específicos de pesquisa, e recomenda reavaliar cuidadosamente pessoas que já os utilizam. Isso demonstra que a escolha farmacológica depende da classificação clínica, e que resultados obtidos em dor neuropática não podem ser automaticamente extrapolados para dor primária (Nice, 2021).

Opioides apresentam riscos relevantes, incluindo constipação, sedação, depressão respiratória, tolerância, dependência física, transtorno por uso de opioides e overdose. Para muitas condições de dor crônica, a evidência de benefício sustentado é limitada em relação aos riscos. O CDC recomenda priorizar terapias não opioides e não farmacológicas e considerar opioides apenas quando benefícios esperados para dor e função superarem os riscos, com metas claras, decisão compartilhada e reavaliações periódicas (Dowell et al., 2022). Essa diretriz não deve ser aplicada

mecanicamente a todos os contextos ou substituir protocolos nacionais; reforça, contudo, a necessidade de prudência.

Em pessoas que já utilizam opioides por longo período, a revisão deve ser individualizada e colaborativa. A interrupção abrupta ou redução não planejada pode causar abstinência, sofrimento e outros danos. Quando os riscos superam os benefícios, pode-se discutir redução gradual, com suporte clínico e continuidade do cuidado. A equipe deve evitar estigmatizar pacientes, abandonar o seguimento ou interpretar automaticamente pedidos de analgesia como comportamento inadequado. O cuidado seguro combina vigilância de risco com respeito, comunicação e oferta de alternativas.

Em qualquer classe, a prescrição deve ser acompanhada de reconciliação medicamentosa, orientações sobre uso correto, monitoramento de eventos adversos e plano de revisão. A polifarmácia é particularmente relevante em pessoas idosas e com multimorbidade. O objetivo não é maximizar o número de medicamentos, mas selecionar o menor regime capaz de produzir benefício relevante, em combinação com medidas que aumentem autonomia e função.

Seleção farmacológica por mecanismo e contexto

A decisão de prescrever deve partir de uma pergunta clínica: qual problema se pretende modificar e como será reconhecido o benefício? Medicamentos podem auxiliar o controle de sintomas e facilitar participação na reabilitação, mas seu valor depende da condição específica. Analgésicos usados em situações musculoesqueléticas não têm necessariamente a mesma utilidade em dor neuropática ou dor crônica primária. A classificação clínica,

portanto, orienta tanto a seleção quanto os limites de extrapolação das recomendações (Nice, 2021; BRASIL, 2024a).

A avaliação de risco precisa considerar idade, função renal, comorbidades cardiovasculares, histórico de efeitos adversos e tratamentos concomitantes. Em pacientes com múltiplas prescrições, a adição de um fármaco pode produzir interações e dificultar a identificação de benefício. O registro de objetivos, duração prevista e critérios de revisão permite distinguir um teste terapêutico planejado de manutenção automática por inércia assistencial.

O balanço entre benefício e dano é dinâmico. Uma intervenção inicialmente útil pode tornar-se inadequada após mudança de condição clínica ou aparecimento de efeitos adversos. A reavaliação deve considerar alívio, funcionalidade, tolerabilidade e preferências, sem transformar a ausência de resposta em motivo para escalonamento indefinido. A segurança farmacológica é parte integrante do cuidado multimodal, não um tema separado da reabilitação e da educação.

Anti-inflamatórios e limites da analgesia inespecífica

Anti-inflamatórios não esteroides podem ser considerados em condições selecionadas, mas sua utilização prolongada requer cautela. O risco gastrointestinal, renal e cardiovascular deve ser avaliado juntamente com comorbidades e medicamentos em uso. A diretriz da OMS (2023), voltada à dor lombar primária crônica, admite seu uso em situações específicas e por períodos limitados; essa recomendação não equivale a indicação contínua para qualquer pessoa com dor persistente.

A decisão clínica deve incluir a discussão de efeitos adversos, necessidade de reavaliação e alternativas terapêuticas. Em pessoas com maior vulnerabilidade farmacológica, mesmo um benefício sintomático pode não justificar a exposição prolongada. O uso repetido sem avaliação de resposta funcional pode mascarar a ausência de estratégia longitudinal e reforçar expectativas centradas exclusivamente em medicamentos.

O paracetamol também não deve ser encarado como solução universal. Seu desempenho varia conforme a condição, e a prescrição precisa responder a uma indicação plausível. A organização do cuidado evita a substituição sucessiva de analgésicos sem revisão diagnóstica, oferecendo espaço para medidas educativas, reabilitação e manejo de fatores associados. A prioridade não é eliminar a farmacoterapia, mas incorporá-la de forma proporcional, segura e verificável.

Antidepressivos e fármacos utilizados na dor neuropática

Antidepressivos podem ter utilidade em síndromes dolorosas selecionadas, inclusive na ausência de diagnóstico depressivo, mas a escolha exige atenção às características clínicas e aos riscos individuais. Efeitos anticolinérgicos, tontura, alterações pressóricas, interações e tolerabilidade podem limitar o uso. A resposta deve ser avaliada após período apropriado, considerando não apenas intensidade dolorosa, mas também sono, funcionalidade e qualidade de vida (Nice, 2021; BRASIL, 2024a).

Gabapentinoides ilustram a importância de não generalizar resultados entre mecanismos de dor. Sua utilização em determinadas condições neuropáticas não significa benefício

comprovado para todas as formas de dor crônica. A NICE (2021) diferencia explicitamente recomendações para dor crônica primária, reforçando a necessidade de classificação clínica. Revisar função renal, sedação e risco de quedas é especialmente relevante quando coexistem multimorbidade e outros medicamentos com ação no sistema nervoso central.

A educação do paciente deve esclarecer objetivos e possíveis efeitos adversos, evitando a interpretação de que a prescrição de antidepressivo invalida a origem física da dor. A nomenclatura farmacológica não determina, por si só, a finalidade clínica. Uma explicação compreensível favorece decisão compartilhada e acompanhamento adequado, além de reduzir interrupções não planejadas e expectativas incompatíveis com o efeito esperado.

Opioides, seguimento e decisões de redução

A discussão sobre opioides exige distinguir início de tratamento, continuidade e eventual redução de uso prolongado. Para muitas condições de dor crônica, os riscos podem superar os benefícios sustentados, o que justifica priorizar intervenções não opioides e não farmacológicas. A diretriz do CDC recomenda avaliar cuidadosamente a relação entre benefício funcional e riscos, definir objetivos e acompanhar o tratamento, sem substituir o julgamento individual ou protocolos nacionais (Dowell et al., 2022).

Quando uma pessoa já utiliza opioides há longo período, a revisão deve ser colaborativa. A retirada abrupta ou a redução não planejada pode produzir danos e comprometer o vínculo. O profissional precisa considerar resposta clínica, eventos adversos, possíveis sinais de uso problemático e disponibilidade de suporte. A decisão de modificar o

regime deve ser explicada e acompanhada, sem abandonar o paciente ou transformar o cuidado em medida punitiva.

A segurança envolve ainda comunicação sobre sedação, constipação, interações e outros riscos relevantes. A equipe deve evitar tanto a banalização da prescrição quanto atitudes estigmatizantes. O acompanhamento centrado na pessoa procura preservar a relação terapêutica enquanto reduz exposição desnecessária, com registro de objetivos, revisões periódicas e oferta de alternativas adequadas à condição clínica.

2.5. Integração Multimodal: Como Combinar as Intervenções

Abordagem multimodal significa combinar estratégias com alvos complementares, em vez de simplesmente acumular tratamentos. Uma pessoa com osteoartrite dolorosa pode se beneficiar de educação, exercício adaptado, manejo de peso quando pertinente, intervenção farmacológica intermitente e apoio para sono e humor. Em uma pessoa com dor neuropática, o tratamento específico da causa e um fármaco com evidência para o mecanismo podem ser associados à atividade graduada, ao autocuidado e ao apoio psicossocial. Na fibromialgia, a educação, o exercício progressivo, a regularização do sono e as intervenções psicológicas podem ocupar posição central, enquanto medicamentos são selecionados caso a caso.

A integração precisa ser orientada por metas compartilhadas e por reavaliação. Se a dor diminui, mas a função permanece comprometida, o plano deve investigar barreiras à participação e não apenas intensificar a analgesia. Se a pessoa não tolera um medicamento, a equipe pode ajustar dose, trocar a estratégia ou

priorizar outra intervenção. Se o paciente não consegue acessar fisioterapia, devem-se explorar alternativas comunitárias ou exercícios domiciliares seguros. O plano terapêutico é dinâmico e deve reconhecer que respostas parciais ainda podem ser clinicamente relevantes.

A OMS recomenda que o cuidado biopsicossocial multicomponente seja considerado para dor lombar primária crônica, com intervenções dirigidas a pelo menos dois domínios — biológico, psicológico e social. A evidência sintetizada pela diretriz inclui ensaios que sugerem benefícios, embora a certeza seja limitada em algumas comparações (WHO, 2023). Cohen, Vase e Hooten (2021) também destacam a necessidade de uma abordagem personalizada e interdisciplinar, pois mecanismos e fatores de manutenção variam entre indivíduos.

A multimodalidade não exige necessariamente um centro especializado de dor. Na APS, pode começar por uma consulta ampliada, plano escrito simples, metas funcionais, revisão de medicamentos e seguimento programado, articulando recursos disponíveis no território. A coordenação evita que cada profissional recomende estratégias desconectadas e permite reconhecer cedo a ausência de resposta ou o aparecimento de riscos.

Integração por objetivos, não por quantidade de terapias

Um plano multimodal deve explicitar a função de cada componente. Educação pode ampliar compreensão e participação; exercício pode favorecer capacidade funcional; apoio psicológico pode abordar sofrimento e medo de movimento; medicamentos podem aliviar sintomas em situações selecionadas. Essas intervenções não

precisam ser iniciadas simultaneamente nem mantidas indefinidamente. A sequência deve responder às prioridades clínicas, à disponibilidade e à capacidade de acompanhamento, evitando sobrecarga terapêutica.

A avaliação periódica permite distinguir resposta parcial de ausência de benefício. Se uma pessoa melhora a mobilidade sem grande alteração na escala de dor, o resultado pode ser significativo. Se há alívio temporário, mas persistem restrições graves, convém investigar barreiras funcionais e psicossociais. A integração deve produzir decisões mais coerentes, não apenas multiplicar consultas e procedimentos (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

A OMS (2023) sustenta uma perspectiva biopsicossocial multicomponente para dor lombar primária crônica. Entretanto, o alcance específico dessa recomendação deve ser respeitado. Em outras síndromes, a escolha de componentes depende de diagnóstico e evidências pertinentes. O princípio transversal é combinar intervenções justificadas, com metas compartilhadas e reavaliação, sem extrapolar indiscriminadamente resultados entre populações.

Estratégias escalonadas e ajuste ao território

Na atenção primária, a organização do cuidado pode seguir intensidade proporcional à necessidade. Pessoas com menor incapacidade podem receber educação estruturada, orientação de atividade, revisão medicamentosa e seguimento programado. Quadros de maior complexidade podem demandar apoio psicológico, fisioterapia, avaliação farmacêutica ou encaminhamento especializado. O escalonamento deve considerar

sofrimento, riscos, funcionalidade e resposta às medidas iniciais, não apenas uma pontuação de dor.

A disponibilidade de recursos modifica a implementação, mas não elimina a necessidade de coordenação. Quando serviços especializados são escassos, a equipe pode organizar grupos educativos, intervenções domiciliares adaptadas e comunicação com recursos comunitários, reconhecendo limites de segurança e capacidade técnica. A proposta deve ser viável sem responsabilizar o paciente pela falta de acesso a serviços.

Huttunen et al. (2024) descrevem limitações na base de evidências sobre programas multidisciplinares de atenção primária. Consequentemente, a adoção de um modelo organizacional específico exige monitoramento local e prudência nas expectativas. O PCDT brasileiro (BRASIL, 2024a) fornece referência para decisões clínicas, enquanto a estrutura da rede de atenção determina possibilidades concretas de continuidade e encaminhamento.

2.6. Papel da Equipe de Saúde da Família e Desafios de Implementação

A equipe de Saúde da Família pode sustentar o vínculo longitudinal e reconhecer a influência de fatores sociais sobre a experiência dolorosa. Médicos e enfermeiros participam da avaliação, da revisão de tratamentos e do monitoramento; agentes comunitários podem apoiar a continuidade e identificar barreiras de acesso; fisioterapeutas e profissionais de educação física contribuem para atividade e reabilitação; psicólogos apoiam estratégias de enfrentamento e comorbidades emocionais; farmacêuticos podem auxiliar na segurança medicamentosa. A composição concreta

depende da rede local, mas o princípio de coordenação permanece aplicável.

Entre os obstáculos estão consultas curtas, excesso de demanda, acesso limitado à fisioterapia e psicologia, desigualdades territoriais, falta de protocolos locais e expectativas centradas na prescrição ou em exames. A revisão sistemática de Huttunen et al. (2024) ressalta a escassez de programas multidisciplinares formalmente avaliados na atenção primária, apesar do reconhecimento de seu potencial. Essa lacuna recomenda cautela ao afirmar que modelos complexos podem ser implantados sem recursos; também indica necessidade de pesquisa pragmática e avaliação de implementação.

Uma resposta possível é adotar intervenções escalonadas. Todos os pacientes podem receber avaliação centrada na pessoa, informação consistente, definição de metas e revisão medicamentosa. Pessoas com maior incapacidade, sofrimento psicológico, risco farmacológico ou baixa resposta podem receber seguimento mais frequente e articulação multiprofissional. Protocolos de equipe podem padronizar sinais de alerta, registro funcional, revisão de opioides e critérios de encaminhamento, sem substituir o julgamento clínico.

No SUS, a implantação deve dialogar com o PCDT da Dor Crônica e com a organização local da Rede de Atenção à Saúde. A disponibilidade de práticas integrativas, reabilitação e apoio psicossocial varia entre municípios; portanto, recomendações devem ser adaptadas sem transformar a falta de recursos em responsabilização individual do paciente. A equidade exige considerar transporte, renda, jornada de trabalho, responsabilidades de cuidado, acessibilidade física e linguagem.

Responsabilidades compartilhadas e comunicação interprofissional

A atuação da equipe de Saúde da Família pode ser organizada a partir de responsabilidades complementares. Médicos e enfermeiros participam da avaliação clínica e do seguimento; profissionais de reabilitação contribuem para metas de movimento e função; psicólogos podem abordar sofrimento e enfrentamento; farmacêuticos apoiam revisão de prescrições; agentes comunitários podem identificar obstáculos de acesso e continuidade. A distribuição de tarefas deve respeitar competências profissionais e os recursos de cada território.

A integração requer mecanismos simples de comunicação. Registrar objetivos comuns, tratamentos em curso e motivos de encaminhamento evita recomendações incompatíveis e reduz a necessidade de o paciente atuar como único intermediário entre serviços. Uma devolutiva breve sobre evolução funcional e dificuldades encontradas pode ser mais útil que a repetição de encaminhamentos sem finalidade definida.

A perspectiva biopsicossocial na atenção primária enfrenta barreiras organizacionais e culturais, conforme discutem Nuernberg Back, Liebano e Avila (2021). Reconhecê-las ajuda a evitar propostas idealizadas que dependam de recursos indisponíveis. A coordenação do cuidado pode avançar por medidas progressivas, desde que exista compromisso com avaliação, registro, comunicação e revisão das estratégias.

Equidade, acesso e sustentabilidade

A capacidade de seguir um plano de dor crônica é influenciada por renda, transporte, jornada de trabalho, apoio familiar e disponibilidade territorial de serviços. A orientação clínica precisa considerar esses fatores sem reduzir a responsabilidade do sistema de saúde. Um programa que exige deslocamentos frequentes pode ser eficaz em condições controladas e pouco viável para determinados usuários da APS. A análise de aplicabilidade deve, portanto, integrar benefício esperado e custo prático para a pessoa.

A implementação sustentável pode privilegiar intervenções que favoreçam continuidade: metas registradas, revisão de medicamentos, orientações consistentes, grupos educativos e critérios claros para encaminhamento. Essas medidas não substituem fisioterapia ou saúde mental quando indicadas, mas ajudam a organizar prioridades e identificar necessidades não atendidas. A avaliação local deve considerar resultados funcionais, satisfação e segurança, evitando tomar o número de procedimentos como indicador isolado de qualidade.

A revisão de Huttunen et al. (2024) mostra que ainda há espaço para pesquisas sobre modelos multidisciplinares na atenção primária. No Brasil, a análise de implementação precisa dialogar com a organização do SUS e com o PCDT da Dor Crônica (BRASIL, 2024a). A sustentabilidade depende de escolhas clínicas justificadas e de políticas capazes de ampliar acesso, sem prometer resultados uniformes em contextos heterogêneos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter descritivo e analítico, destinada a sintetizar conhecimentos relevantes sobre a

abordagem multimodal da dor crônica na Atenção Primária à Saúde. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a integração crítica de estudos clínicos, revisões, diretrizes e documentos de política pública, com foco na aplicabilidade clínica e organizacional do tema, sem pretensão de estimar um efeito combinado ou esgotar toda a literatura disponível.

A estratégia de busca contemplou publicações indexadas em PubMed/MEDLINE, além de documentos recuperados em repositórios de diretrizes e fontes oficiais, incluindo Organização Mundial da Saúde, National Institute for Health and Care Excellence, Centers for Disease Control and Prevention e Ministério da Saúde do Brasil. Foram utilizados, em português e inglês, termos relacionados a “dor crônica”, “atenção primária”, “tratamento multimodal”, “modelo biopsicossocial”, “terapia farmacológica”, “exercício”, “terapia cognitivo-comportamental” e “opioides”, combinados de forma livre.

Priorizou-se a literatura publicada entre 2016 e 2026, incluindo revisões sistemáticas, diretrizes de prática clínica, artigos de revisão em periódicos indexados e documentos nacionais vigentes. Publicações anteriores a esse intervalo foram consideradas quando necessárias para fundamentar a classificação contemporânea da dor. Foram valorizadas fontes com descrição explícita dos métodos, relevância clínica e aplicabilidade à atenção primária. Documentos oficiais brasileiros foram incluídos para contextualizar recomendações no SUS.

A seleção foi qualitativa, orientada pela pertinência ao objetivo do artigo e pela relevância da fonte. Os achados foram organizados em eixos temáticos: classificação e modelo biopsicossocial; avaliação

clínica; intervenções não farmacológicas; farmacoterapia; integração multimodal; e desafios de implementação. Por se tratar de revisão narrativa, não foi realizada metanálise, avaliação formal de risco de viés de todos os estudos nem fluxo de seleção segundo PRISMA. Essa limitação deve ser considerada na interpretação: a síntese oferece visão crítica e prática, mas não equivale a uma revisão sistemática exaustiva.

Delimitação analítica da revisão narrativa

A natureza narrativa da revisão orienta a interpretação dos resultados. O propósito é articular documentos de classificação, revisões clínicas, diretrizes e publicações sobre implementação, e não calcular uma estimativa única de efeito. Por isso, os achados são discutidos conforme a população e o problema clínico a que cada referência se aplica. A recomendação da OMS sobre dor lombar primária crônica, por exemplo, não é tratada como evidência diretamente equivalente àquela utilizada para dor neuropática ou para manejo de opioides.

A organização temática permite examinar relações entre avaliação, educação, reabilitação, farmacoterapia e coordenação do cuidado. Essa estratégia favorece uma leitura integrada, mas não substitui seleção sistemática, avaliação formal de risco de viés ou comparação quantitativa entre estudos. O manuscrito não dispõe de registros que permitam reconstruir número de resultados recuperados, motivos de exclusão ou fluxograma de triagem; portanto, tais informações não são presumidas nem apresentadas como se tivessem sido coletadas.

A interpretação considera também a natureza distinta das fontes: documentos de classificação definem conceitos; diretrizes formulam recomendações em escopos delimitados; revisões clínicas sintetizam conhecimento; estudos de implementação discutem barreiras e modelos assistenciais. Essas funções não são intercambiáveis. Manter essa distinção reduz o risco de transformar recomendações condicionais em certezas universais e preserva a coerência metodológica da revisão narrativa.

Critérios de interpretação e limites de generalização

A análise privilegia consistência conceitual, pertinência clínica e possibilidade de aplicação na APS. Ao discutir modalidades terapêuticas, procura-se distinguir indicação específica, benefício potencial, riscos e necessidade de monitoramento. Ao examinar organização de serviços, reconhece-se que evidências sobre intervenções individuais não comprovam automaticamente a efetividade de qualquer programa multiprofissional implementado no território.

A síntese também observa diferenças entre recomendações internacionais e contexto brasileiro. Diretrizes da NICE, da OMS e do CDC contribuem para o debate, mas sua aplicação deve considerar população-alvo, escopo clínico e organização do SUS. O PCDT brasileiro e a nota técnica sobre práticas integrativas oferecem referências nacionais sem eliminar a necessidade de individualização.

Como limitação, a revisão narrativa pode refletir escolhas interpretativas dos autores e não permite afirmar exaustividade da literatura. O texto não apresenta metanálise, estimativas próprias de

efeito ou resultados de pesquisa de campo. As conclusões devem ser compreendidas como análise crítica das fontes já selecionadas, destinada a apoiar reflexão clínica e organizacional, e não como demonstração experimental de superioridade de um modelo específico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Síntese das Evidências Identificadas

A literatura selecionada converge em quatro mensagens principais. Primeiro, a dor crônica exige avaliação individualizada e compreensão dos mecanismos e do impacto funcional, em vez de decisões baseadas exclusivamente na intensidade relatada ou em achados de imagem. Segundo intervenções não farmacológicas, especialmente educação, exercício e abordagens psicológicas, devem ser consideradas componentes estruturantes do plano. Terceiro, a farmacoterapia pode ser útil, mas sua escolha depende da condição e requer balanço contínuo entre benefício e risco. Quarto, a integração dessas medidas é recomendada por diretrizes, embora a implementação sistemática na APS ainda encontre limitações de recursos e evidência pragmática.

A revisão de Cohen, Vase e Hooten (2021), publicada no The Lancet, descreve a carga pessoal e econômica da dor crônica e destaca a sobreposição entre mecanismos nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos. Essa visão sustenta a necessidade de evitar classificações excessivamente rígidas e de combinar estratégias conforme o perfil clínico. A diretriz NICE (2021) reforça avaliação centrada na pessoa e decisão compartilhada, enquanto a OMS

(2023) traduz esses princípios em recomendações para dor lombar primária crônica na atenção primária e comunitária.

As recomendações, contudo, não devem ser extrapoladas sem critério. A diretriz da OMS concentra-se em dor lombar primária crônica e não representa automaticamente todas as síndromes dolorosas. Da mesma forma, orientações para dor crônica primária podem diferir daquelas aplicáveis a dor neuropática, osteoartrite ou dor relacionada ao câncer. A classificação clínica e a investigação de causas específicas permanecem essenciais para a seleção terapêutica.

Convergências e diferenças entre os documentos

A convergência mais relevante entre as referências está na rejeição de uma abordagem exclusivamente centrada na supressão farmacológica do sintoma. Cohen, Vase e Hooten (2021) apresentam uma visão abrangente da dor crônica, enquanto a NICE (2021) enfatiza avaliação centrada na pessoa e orientações específicas para dor crônica primária. A OMS (2023) aborda a dor lombar primária crônica em atenção primária e comunitária. Esses documentos se aproximam na valorização da funcionalidade e do cuidado individualizado, mas não possuem escopos idênticos.

As diferenças são clinicamente importantes. Recomendações para dor crônica primária não podem ser aplicadas de forma automática a condições secundárias, e estratégias farmacológicas dependem de mecanismo e diagnóstico. A diretriz do CDC (Dowell et al., 2022) concentra-se na prescrição de opioides e nos riscos relacionados, oferecendo um conjunto de considerações distinto daquele de

diretrizes sobre exercícios ou intervenções psicológicas. A integração das fontes requer preservar essas especificidades.

No contexto brasileiro, o PCDT da Dor Crônica (BRASIL, 2024a) permite relacionar a discussão internacional às diretrizes nacionais. A nota técnica sobre práticas integrativas (BRASIL, 2024b) acrescenta uma dimensão de oferta assistencial, mas não justifica equiparar todas as práticas em nível de evidência. A síntese, portanto, aponta para complementaridade orientada por indicação, e não para equivalência entre modalidades.

Interpretação da efetividade sem extrapolações

A efetividade de um plano multimodal deve ser interpretada à luz de objetivos clínicos e funcionais. Uma intervenção pode apresentar benefício em uma condição e evidência insuficiente em outra. Também é necessário distinguir redução de dor, melhora de incapacidade e aumento de participação social, pois esses resultados não evoluem necessariamente em paralelo. A escolha de um único indicador pode obscurecer ganhos ou limitações relevantes.

A heterogeneidade dos pacientes é outro fator de interpretação. Mecanismos de dor, comorbidades, contexto ocupacional, acesso a serviços e preferências modificam a adequação das estratégias. Não é possível concluir, a partir das referências apresentadas, que uma combinação fixa de terapias seja superior para todos os usuários da APS. O valor da multimodalidade reside em selecionar e coordenar intervenções pertinentes, com reavaliação ao longo do tempo.

Por fim, a literatura sobre programas multidisciplinares na atenção primária ainda apresenta lacunas, destacadas por Huttunen et al.

(2024). Esse achado recomenda separar plausibilidade clínica de comprovação de resultados em larga escala. Uma organização assistencial pode ser coerente com princípios biopsicossociais e ainda necessitar de avaliação pragmática para demonstrar efetividade, custos e sustentabilidade em diferentes territórios.

4.2. Comparação Prática das Modalidades Terapêuticas

A Tabela 1 resume o papel clínico das principais modalidades descritas na literatura. Ela não constitui prescrição universal; a indicação deve ser individualizada e ajustada às diretrizes específicas de cada condição.

Modalidade	Contribuição potencial	Cuidados e limites
Educação em dor e autocuidado	Melhora compreensão, autogerenciamento e participação nas decisões.	Deve ser contínua, acessível e vinculada a ações concretas; não substitui investigação clínica.
Exercício e reabilitação	Pode melhorar função, condicionamento, sono e participação.	Progressão individualizada; avaliar segurança e barreiras de acesso.
TCC/ACT e apoio psicológico	Ajuda no enfrentamento, sofrimento e medo de movimento.	Exige abordagem não estigmatizante e acesso a profissionais capacitados.
AINEs e outros analgésicos selecionados	Alívio sintomático em condições específicas.	Avaliar riscos renais, gastrointestinais, cardiovasculares e interações; evitar uso automático prolongado.
Antidepressivos/medicamentos para	Podem beneficiar síndromes	Revisar contraindicações, efeitos adversos, resposta e

dor neuropática	selecionadas conforme mecanismo e evidência.	indicação específica.
Opioides	Possível papel restrito em situações selecionadas, após avaliação cuidadosa.	Risco de dependência, overdose e outros danos; metas funcionais e seguimento são essenciais.
Práticas complementares	Podem apoiar autocuidado e bem-estar como parte de um plano integrado.	Evidência variável; informar limites e não substituir tratamentos necessários.

Fonte: *elaboração própria com base em WHO (2023), NICE (2021), Dowell et al. (2022), Cohen, Vase e Hooten (2021) e Brasil (2024).*

4.3. Desfechos Centrados na Pessoa e Monitoramento

Uma questão central na interpretação das evidências é a escolha do desfecho. Redução da intensidade da dor é relevante, mas não captura toda a experiência do paciente. Mudanças no sono, na mobilidade, na capacidade de trabalhar, no humor, na participação familiar e no uso de serviços podem indicar benefício significativo. Por isso, o plano deve registrar uma linha de base e reavaliar indicadores simples em intervalos acordados.

O monitoramento deve incluir também efeitos adversos, adesão, custos e esforço exigido para manter o tratamento. Uma intervenção teoricamente eficaz pode ser inviável se depender de deslocamentos frequentes ou comprometer a renda. A equipe deve perguntar quais estratégias o paciente conseguiu realizar, quais foram difíceis e por quê, evitando interpretar a não adesão como falha moral. Ajustar a proposta às condições reais de vida é parte da efetividade.

Em relação aos medicamentos, a continuidade deve depender de benefício clínico plausível e segurança aceitável. Se não houver melhora funcional ou alívio significativo após período adequado, é razoável reconsiderar a indicação, dose ou classe. Nos casos de uso prolongado de opioides ou outros fármacos com risco de abstinência, as mudanças precisam ser planejadas e compartilhadas. A interrupção abrupta não é uma estratégia segura de rotina.

Indicadores de evolução e revisão de condutas

A definição de indicadores deve ocorrer antes da implementação de mudanças relevantes no tratamento. Intensidade da dor, capacidade de realizar atividades, sono, participação social e eventos adversos representam dimensões complementares. O registro inicial permite identificar tendências e evita decisões baseadas apenas na impressão de uma consulta isolada. A frequência de reavaliação pode variar conforme gravidade, riscos e tipo de intervenção, sem necessidade de um calendário único para todos os casos.

A revisão terapêutica deve responder a perguntas objetivas: houve melhora clinicamente relevante? O benefício justifica os riscos e o esforço de manter a intervenção? O paciente conseguiu executar as orientações? Surgiram obstáculos ou novos sinais que exigem reavaliação diagnóstica? Esse conjunto de perguntas conecta decisão compartilhada à segurança e à eficiência do cuidado.

Quando a resposta é insuficiente, o caminho não precisa ser adicionar outro medicamento. Pode ser necessário rever a hipótese clínica, simplificar prescrições, ajustar metas, reorganizar o suporte à atividade física ou abordar sofrimento emocional. Em pessoas com

uso prolongado de opioides, qualquer modificação requer planejamento individualizado e seguimento, evitando reduções abruptas (Dowell et al., 2022). A longitudinalidade da APS oferece condições para esse processo de ajuste contínuo.

4.4. Implicações para o Contexto Brasileiro

O SUS possui uma estrutura de APS capaz de oferecer longitudinalidade e coordenação, mas a disponibilidade de recursos varia conforme região e município. O PCDT da Dor Crônica, aprovado em 2024, representa referência nacional para organizar critérios de diagnóstico, tratamento e acesso. Sua aplicação deve ser combinada com avaliação clínica individual e com o princípio de que a pessoa deve ser informada sobre potenciais riscos e efeitos adversos das intervenções (BRASIL, 2024a).

A implementação de cuidado multimodal pode iniciar com mudanças organizacionais relativamente simples: registro padronizado de função e metas; revisão periódica da prescrição; educação em dor em consultas individuais ou grupos; incentivo a atividade física adaptada; protocolos de sinais de alerta; e fluxos claros para saúde mental e reabilitação. Essas ações não eliminam a necessidade de serviços especializados, mas podem reduzir fragmentação e melhorar a continuidade.

Os desafios de implementação também exigem políticas de formação. Profissionais precisam desenvolver competências para comunicar incerteza, avaliar risco de medicamentos, identificar sofrimento psicológico e negociar metas realistas. Treinamentos interprofissionais e materiais de apoio podem reduzir mensagens contraditórias. Pesquisas brasileiras devem avaliar quais modelos são

viáveis em diferentes territórios, seus custos, seus efeitos sobre função e qualidade de vida e sua capacidade de reduzir desigualdades.

Por fim, o cuidado multimodal não deve ser confundido com oferta indiscriminada de múltiplas terapias. A combinação precisa ter racional clínico, ser compreensível ao paciente e ser reavaliada. A prioridade é uma sequência coerente de intervenções acessíveis e seguras, centradas em resultados valorizados pela pessoa, não a multiplicação de consultas, procedimentos ou medicamentos.

Aplicabilidade das recomendações no SUS

A incorporação das recomendações à APS brasileira depende de reconhecer a diferença entre diretriz e capacidade instalada. O PCDT da Dor Crônica fornece parâmetros nacionais para avaliação e tratamento, mas a oferta de reabilitação, psicologia e práticas integrativas varia entre localidades. Uma proposta factível precisa identificar quais componentes podem ser iniciados na equipe de referência e quais exigem articulação com outros pontos da rede (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024b).

A organização por metas e revisões periódicas pode reduzir fragmentação mesmo quando a rede dispõe de poucos recursos. Um plano escrito, compreensível e compartilhado entre profissionais facilita a continuidade. A equipe também pode distinguir encaminhamentos necessários daqueles realizados sem objetivo claro, favorecendo uso mais racional dos serviços. Essas medidas não devem ser apresentadas como substitutos suficientes para recursos especializados quando existe indicação clínica.

A avaliação da qualidade do cuidado deve incluir segurança medicamentosa, funcionalidade e acesso equitativo. Contar consultas ou prescrições não demonstra, isoladamente, benefício ao paciente. Pesquisas pragmáticas são necessárias para compreender quais arranjos multiprofissionais produzem resultados sustentáveis em diferentes realidades brasileiras, especialmente diante das lacunas identificadas na revisão de Huttunen et al. (2024).

Limitações da evidência e agenda de investigação

As fontes selecionadas permitem defender uma orientação clínica biopsicossocial, mas não resolvem todas as perguntas de implementação. Persistem incertezas sobre quais combinações de intervenções são mais viáveis em equipes com recursos limitados, quais formatos de seguimento favorecem adesão e como mensurar resultados significativos de modo simples. A heterogeneidade de condições dolorosas também dificulta transferir recomendações de um diagnóstico para outro.

Estudos futuros no contexto brasileiro poderiam comparar modelos organizacionais e acompanhar funcionalidade, qualidade de vida, segurança, custos e desigualdades de acesso. A necessidade de pesquisa não significa ausência de fundamento para melhorar a prática atual: indica que mudanças assistenciais devem ser acompanhadas de avaliação e transparência quanto às limitações.

A revisão narrativa apresentada não estima efeitos combinados nem estabelece causalidade a partir da integração de diretrizes. Sua contribuição está em articular princípios clínicos, limites farmacológicos e desafios de organização do cuidado. Reconhecer esse alcance é essencial para que as conclusões sejam proporcionais

ao material bibliográfico disponível, evitando afirmações de superioridade terapêutica não demonstradas.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem multimodal da dor crônica na Atenção Primária à Saúde é consistente com a compreensão contemporânea da dor como experiência influenciada por mecanismos biológicos, psicológicos e sociais. A avaliação individualizada, a investigação de sinais de alerta, a definição compartilhada de metas funcionais e o acompanhamento longitudinal constituem a base para um cuidado seguro e efetivo.

As intervenções não farmacológicas — educação em dor, exercício graduado, reabilitação, apoio psicológico e medidas relacionadas ao sono e ao autocuidado — devem integrar o plano desde o início, conforme as necessidades e preferências de cada pessoa. A farmacoterapia mantém papel relevante em condições selecionadas, mas deve ser orientada por indicação clínica, evidência, segurança e reavaliação, com cautela especial em relação ao uso prolongado de opioides.

A APS tem potencial para coordenar esse cuidado por meio da equipe multiprofissional e da articulação com a rede de atenção. Entretanto, a efetividade depende de acesso equitativo a recursos, formação profissional, comunicação não estigmatizante e organização de fluxos assistenciais. A revisão narrativa apresenta limitações por não seguir protocolo sistemático de seleção e avaliação da literatura; ainda assim, evidencia convergência entre diretrizes de referência sobre a necessidade de combinar intervenções e priorizar a função e a qualidade de vida.

Conclui-se que a melhor estratégia não consiste em eliminar a dor a qualquer custo, mas em construir, com cada paciente, um plano seguro, realista e progressivo que reduza sofrimento, preserve autonomia e amplie a participação nas atividades significativas. Estudos pragmáticos no contexto brasileiro são necessários para definir modelos de implementação sustentáveis e avaliar seus efeitos em diferentes populações e territórios.

Síntese crítica e implicações para a prática

A contribuição central da abordagem multimodal está em orientar decisões coerentes com a natureza heterogênea da dor crônica. O cuidado exige investigação clínica, reconhecimento de mecanismos e comorbidades, escuta do impacto funcional e definição de objetivos compartilhados. Educação, exercício, apoio psicológico e medicamentos podem ter papéis complementares, desde que sua indicação seja justificada e periodicamente reavaliada. A combinação não deve ser interpretada como obrigação de oferecer todas as modalidades a todos os pacientes.

Na APS, a longitudinalidade permite revisar diagnósticos, monitorar riscos e ajustar o plano às condições de vida. O uso criterioso de medicamentos, especialmente quando há exposição prolongada a opioides ou polifarmácia, precisa caminhar junto com estratégias de recuperação funcional e coordenação da rede. A comunicação não estigmatizante é condição para uma relação terapêutica duradoura.

A síntese das referências originais sustenta a necessidade de integração clínica e prudência nas extrapolações. Entretanto, a efetividade de arranjos organizacionais específicos no SUS requer investigação adicional. O objetivo assistencial permanece centrado

em reduzir sofrimento e ampliar autonomia, participação e qualidade de vida por meio de intervenções seguras, acessíveis e adaptadas às necessidades individuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 36/2024-DGCI/SAPS/MS:** orientação do uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para o cuidado de pessoas com dor crônica na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-36-2024-dgci-saps-ms.pdf/view. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dor-cronica/view. Acesso em: 27 out. 2026.

COHEN, Steven P.; VASE, Lene; HOOTEN, William M. **Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances.** The Lancet, v. 397, n. 10289, p. 2082-2097, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7.

DOWELL, Deborah et al. **CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022.** MMWR Recommendations and Reports, v. 71, n. 3, p. 1-95, 2022. DOI: https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1.

HUTTUNEN, J. et al. **Multidisciplinary management of persistent pain in primary care—A systematic review.** European Journal of Pain, v. 28, n. 6, p. 886-900, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/ejp.2240.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s:** assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE guideline NG193. London: NICE, 2021. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations. Acesso em: 27 out. 2026

NICHOLAS, Michael et al. **The IASP classification of chronic pain for ICD-11:** chronic primary pain. Pain, v. 160, n. 1, p. 28-37, 2019. DOI: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390.

NUERNBERG BACK, Cláudio Gregório; LIEBANO, Richard Eloin; AVILA, Mariana Arias. **Perspectives of implementing the biopsychosocial model to treat chronic musculoskeletal pain in primary health care.** Pain Management, v. 11, n. 2, p. 217-225, 2021. DOI: https://doi.org/10.2217/pmt-2020-0024.

TREEDE, Rolf-Detlef et al. **Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11).** Pain, v. 160, n. 1, p. 19-27, 2019. DOI: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.** Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789. Acesso em: 27 out. 2026.