

CAPÍTULO 11

CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E PLANO DE CUIDADO

MARIA VITÓRIA FEITOSA CARVALHO¹
DANIELA MELO REIS²
ANA CAROLINA DE ALMEIDA MELO³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário de Maceió (UNIMA/Afya), Maceió, Alagoas, Brasil.

²Discente - UNEC, Caratinga, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais, Brasil

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Fragilidade; Avaliação Multidimensional; Plano de Cuidado.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou a fragilidade um dos principais determinantes de desfechos adversos na APS: quedas, incapacidade, hospitalizações, institucionalização e mortalidade (WHO, 2021; BRASIL, 2006). A fragilidade não é sinônimo de idade avançada nem de comorbidade isolada; trata-se de um estado de vulnerabilidade biológica e funcional, com menor reserva homeostática, no qual estressores relativamente pequenos precipitam declínio abrupto (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005). Na prática, isso significa que o mesmo “evento comum” (uma infecção leve, mudança de medicação, desidratação, luto, dor mal controlada) pode gerar perda funcional desproporcional e cascatas iatrogênicas se a APS não tiver método para identificar risco, medir funcionalidade e organizar um plano longitudinal (WHO, 2019; NICE, 2016).

Para especialistas na APS, o cuidado ao idoso frágil exige um deslocamento de foco: de doenças isoladas para metas centradas na pessoa, preservação de função, prevenção de declínio, revisão de riscos iatrogênicos e coordenação com rede e cuidadores (WHO, 2019; BRASIL, 2006). Isso não implica abandono do controle de doenças crônicas; implica calibrá-lo com risco de eventos adversos, expectativa de vida, preferências e capacidade funcional, sobretudo no contexto de multimorbidade e polifarmácia (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023). Em termos operacionais, o diferencial de qualidade está em três elementos: triagem estruturada da fragilidade, avaliação multidimensional reprodutível e um plano de cuidado com ações priorizadas, responsável definido e acompanhamento com indicadores (WHO, 2019; WHO, 2021).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para identificação do idoso frágil

na APS, realização de avaliação multidimensional orientada por risco, construção de plano de cuidado centrado em função e segurança, e organização do seguimento e da coordenação em rede, com ferramentas clínicas aplicáveis ao cotidiano (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Identificação do idoso frágil na APS

A identificação eficiente deve ser oportuna e programática (WHO, 2019). Em serviços com grande volume, a APS não pode aplicar avaliação completa em todos. A solução prática é usar uma triagem de fragilidade ancorada em desempenho funcional e eventos-sentinelas, e reservar a avaliação multidimensional para os positivos (ROCKWOOD *et al.*, 2005; WHO, 2019).

Conceitos operacionais (o que o especialista precisa dominar)

- **Fragilidade:** vulnerabilidade aumentada por redução de reserva fisiológica; risco elevado de eventos adversos (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005).
- **Incapacidade:** dificuldade em Atividades de vida diária e Atividades instrumentais de vida diária (AVD/AVDI); pode ser consequência de fragilidade, mas também de condições isoladas (WHO, 2019).
- **Multimorbidade:** coexistência de doenças; aumenta risco, mas não equivale a fragilidade (NICE, 2016).
- **Sarcopenia:** perda de força e massa muscular; frequentemente coexistente e tratável dentro do plano (WHO, 2019).

Quem rastrear primeiro (priorização inteligente)

A APS deve priorizar triagem em:

- ≥ 75 –80 anos, sobretudo com quedas, perda ponderal, internações recentes ou declínio funcional (WHO, 2019; FRIED *et al.*, 2001).

- Idosos com polifarmácia, dor crônica, incontinência, tontura/hipotensão, piora de marcha, desnutrição, depressão/isolamento, ou cuidadores sobrecarregados (BEERS *et al.*, 2023; NICE, 2016).

- Pessoas com demência ou comprometimento cognitivo suspeito, por alto risco de eventos e iatrogenia (WHO, 2019; NICE, 2016).

Triagem de fragilidade em 2 minutos (APS)

Utilize o **Quadro 11.1** como filtro para decidir quem entra em avaliação multidimensional (WHO, 2019; FRIED *et al.*, 2001).

Quadro 11.1 Triagem rápida (base funcional e eventos-sentinela)

1. Houve queda no último ano ou medo de cair com restrição de atividades?
2. Houve perda de peso não intencional ou redução importante de apetite?
3. Houve internação/atendimento de urgência nos últimos 6–12 meses?
4. Há lentidão de marcha percebida, dificuldade para levantar de cadeira ou fadiga persistente?
5. Necessita ajuda para AVD/AVDI (banho, vestir, finanças, medicação, compras)?
6. Há polifarmácia ou recente mudança de medicação com piora global?

Se ≥ 2 respostas “sim”, tratar como provável fragilidade e avançar para avaliação multidimensional (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005).

Escolha do modelo de fragilidade: fenótipo vs escala clínica

Na APS, é útil combinar:

- Fenótipo de fragilidade (perda ponderal, exaustão, fraqueza, lentidão, baixa atividade) para raciocínio fisiológico e metas de reabilitação (FRIED *et al.*, 2001).

- Escala de Fragilidade Clínica (CFS) para estratificação rápida e comunicação entre níveis (ROCKWOOD *et al.*, 2005).

A recomendação prática é: não depender de um único instrumento. Use a triagem para captar risco e a avaliação multidimensional para definir plano (WHO, 2019).

Avaliação multidimensional reprodutível

A avaliação multidimensional é o núcleo do cuidado avançado ao idoso frágil. Na APS, ela precisa ser padronizada, sucinta o suficiente para caber no processo de trabalho, mas com profundidade suficiente para direcionar intervenções de alto impacto (WHO, 2019; NICE, 2016). A funcionalidade deve ser tratada como desfecho primário, coerente com a PNSPI e com a organização do cuidado no SUS (BRASIL, 2006).

Componentes essenciais (o que não pode faltar)

Funcionalidade:

- Atividades de vida diária (AVD) (banho, vestir, transferir, continência, alimentação)
- Atividades instrumentais de vida diária (AVDI) (medicação, finanças, compras, transporte, preparo de refeições)

A funcionalidade é o “desfecho primário” do idoso frágil: o plano deve mirar preservação/recuperação dela (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Mobilidade e risco de quedas:

- Levantar da cadeira, equilíbrio, marcha, uso de dispositivos, calçados, visão, hipotensão ortostática, sedativos, ambiente domiciliar (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

Cognição, humor e comportamento:

- Cognição (suspeita de demência/deli-rium), depressão, ansiedade, luto, apatia (WHO, 2019).

Aqui, o risco clínico é “tratar sintomas com sedativos” sem abordar causa e segurança (BEERS *et al.*, 2023).

Polifarmácia e iatrogenia:

- Lista completa de medicamentos (incluindo “uso real”), duplicidades, interações, medicamentos potencialmente inapropriados, indicação atual e tempo de uso (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

Nutrição, sarcopenia e oralidade:

- Perda ponderal, ingestão proteica, saúde bucal, disfagia, acesso a alimentos, suplementação quando indicada (WHO, 2019; NICE, 2016).

Condições sensoriais e dor:

- Visão e audição (impactam quedas, isolamento e cognição) (WHO, 2019).

- Dor (subtratamento piora função; overtreatment com opioides/sedativos piora quedas) (BEERS *et al.*, 2023; NICE, 2016).

Rede de apoio e segurança:

- Quem cuida, sobrecarga, risco de negligência/violência, condições domiciliares e capacidade de seguir plano (WHO, 2019; BRASIL, 2006).

Avaliação multidimensional em APS: roteiro único (pronto para prontuário)

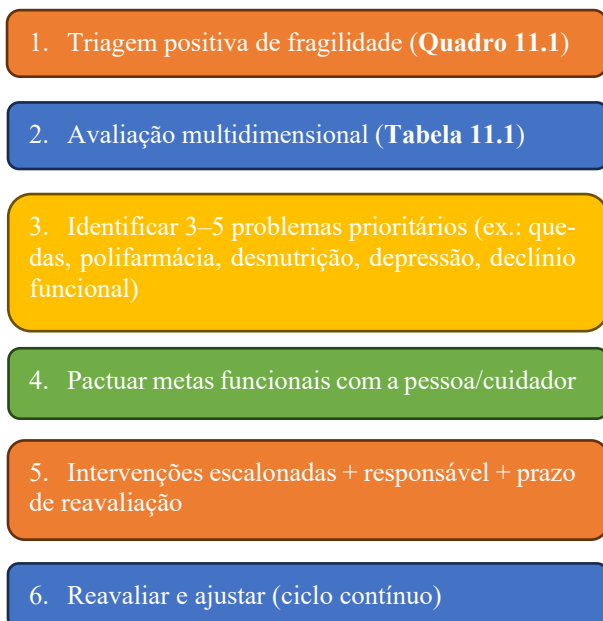
A **Tabela 11.1** resume um roteiro reproduzível para guiar decisão clínica e plano de cuidado (WHO, 2019; NICE, 2016).

A **Figura 11.1** organiza o ciclo terapêutico e reduz a perda de continuidade na APS (WHO, 2019; NICE, 2016).

Tabela 11.1 Roteiro reproduzível da avaliação multidimensional

Domínio	Pergunta/medida essencial	Achado que muda plano
AVD/AVDI	“Em quais tarefas precisa de ajuda?”	declínio recente = prioridade máxima
Mobilidade	levantar da cadeira/marcha, quedas	queda recorrente = plano de prevenção
PA e ortostatismo	sintomas + medidas sentado/em pé	hipotensão ortostática = revisar drogas
Cognição	queixa + funcionalidade + informante	suspeita de demência/delirium = rede
Humor	anedonia/tristeza persistente	depressão = tratar e reavaliar função
Medicações	lista completa + indicação	MIPs/sedativos = desprescrição planejada
Nutrição	perda ponderal, apetite	desnutrição/sarcopenia = proteína + força
Dor	localização, impacto funcional	dor limitante = plano analgésico seguro
Continência	urgência/perdas, impacto	perdas = revisar diuréticos, treino vesical
Rede/ambiente	cuidador, quedas em casa	risco social = assistência social + plano

Figura 11.1 Fluxo de avaliação → priorização → plano de cuidado



Plano de cuidado centrado na pessoa e coordenação longitudinal

O plano de cuidado do idoso frágil deve ser curto, priorizado e executável (NICE, 2016; WHO, 2019). O erro clássico é produzir “lista de problemas” sem sequência e sem responsável. O plano avançado trabalha com 3 camadas: metas, intervenções e monitoramento, alinhado à centralidade da capacidade funcional defendida pela PNSPI e pela OMS (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Definir metas funcionais e preferências

Metas devem ser concretas: “andar até o portão sem parar”, “tomar banho com menos ajuda”, “reduzir quedas”, “dormir sem sedativo”, “melhorar apetite”, “voltar a frequentar atividades” (WHO, 2019). Em idosos frágeis, metas biomédicas isoladas (p.ex., “HbA1c perfeita”) podem ser secundárias se aumentarem hipoglicemia/queda/iatrogenia (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

Intervenções de alto impacto (núcleo APS)

Quedas e mobilidade:

- Revisar drogas que aumentam quedas (sedativos, anticolinérgicos, hipotensores em excesso) (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

- Treino de força e equilíbrio (encaminhar para fisioterapia quando disponível; orientar exercícios domiciliares padronizados) (WHO, 2019).

- Ajustes domiciliares (iluminação, tapetes, barras) e calçados (NICE, 2016).

- Avaliar visão/audição e hipotensão ortostática (WHO, 2019; NICE, 2016).

Polifarmácia e desprescrição:

- Desprescrição não é “tirar tudo”; é reduzir risco e simplificar (NICE, 2016).

- Priorizar retirada gradual de sedativos/hipnóticos quando houver risco de quedas e confusão, com substituição por higiene do sono e manejo de ansiedade/dor (BEERS *et al.*, 2023).

- Reavaliar indicações antigas e duplicidades, utilizando critérios estruturados quando disponíveis (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

Nutrição e sarcopenia:

- Aumentar proteína, tratar causas de inapetência (depressão, dor, disfagia, efeitos adversos) (WHO, 2019)

- Integrar com exercício resistido (WHO, 2019).

- Quando necessário, suplementação orientada e acompanhamento (NICE, 2016).

Cognição e humor:

- Investigar delirium em declínio agudo e revisar gatilhos clínicos/medicamentosos (WHO, 2019; BEERS *et al.*, 2023).

- Tratar depressão e isolamento como intervenções “anti-fragilidade” por impacto funcional (WHO, 2019).

- Planejar apoio ao cuidador e segurança domiciliar (WHO, 2019; BRASIL, 2006).

Continência e sono:

- Intervenções comportamentais (treino vesical, higiene do sono) tendem a ser mais seguras que escalada medicamentosa em fragilidade (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

- Rever diuréticos e horários, cafeína, constipação (NICE, 2016).

Intensidade do seguimento e gatilhos de rede

O idoso frágil exige retornos curtos quando há risco de eventos e mudanças terapêuticas (WHO, 2019). A APS deve estabelecer gatilhos de encaminhamento: declínio funcional rápido, quedas recorrentes com trauma, suspeita de demência complexa, necessidade de reabilitação intensiva, vulnerabilidade social grave, ou necessidade de avaliação especializada (geriatria/neurologia/psiquiatria/nutrição/fisioterapia) conforme rede (NICE, 2016; WHO, 2019).

Plano de cuidado em 1 página (modelo APS)

Utilize o **Quadro 11.2** como padrão de registro e devolutiva ao paciente/cuidador (WHO, 2019; NICE, 2016).

O cuidado ao idoso frágil na APS é uma prática de alta complexidade clínica e organizacional, cuja qualidade depende de método reprodutível e coordenação longitudinal (BRASIL, 2006; WHO, 2019). A identificação precoce por triagem funcional, a avaliação multidimensional centrada em funcionalidade e iatrogenia, e um plano de cuidado priorizado com metas funcionais e seguimento programado permitem prevenir declínio, reduzir quedas, hospitalizações e perda de autonomia (FRIED *et al.*, 2001; NICE, 2016). Em nível avançado, a APS maximiza resultados quando transforma avaliação em ações de alto impacto (mobilidade, desprescrição, nutrição/sarcopenia, suporte ao cuidador e segurança domiciliar), integrando rede e recursos territoriais para sustentar continuidade e cuidado centrado na pessoa (WHO, 2019; WHO, 2021).

Quadro 11.2 Plano de cuidado (modelo)

Problemas prioritários (máximo 5):
1)
2)
3)
4)
5)
Metas funcionais (2–3):
1)
2)
3)
Intervenções (por prioridade, com responsável):
1. (quem faz + quando)
2. (quem faz + quando)
3. (quem faz + quando)
Medicações: o que manter / reduzir / suspender (com plano de retirada quando necessário)
Rede e segurança: cuidador, visitas, assistência social, adaptações domiciliares
Retorno programado: data e motivo
Sinais de alarme/retorno antecipado: quedas, confusão aguda, perda funcional rápida, desidratação, infecção

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEERS, M.H. *et al.* 2023 American Geriatrics Society Updated Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 71, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 DE 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 mar. 2026.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 56, p. M146–M156, 2001.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 2013.

O'MAHONY, D. *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Age and Ageing*, v. 52, 2023.

ROCKWOOD, K. *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, v. 173, p. 489–495, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated Care for Older People (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO, 2019.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Framework. Geneva: WHO, 2021.

CAPÍTULO 12

DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, MANEJO FARMACOLÓGICO SEGURO E REABILITAÇÃO

JULIANA BARBOSA DE ALMEIDA¹
AMANDA CAMPOS BOTELHO¹
ANNA JÚLIA AMARAL MARQUES¹
LUIZA ROCHA PINTO COELHO²

¹Discente - UNIFENAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dor Crônica; Abordagem Biopsicossocial; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma das principais causas de incapacidade, afastamento do trabalho, piora de qualidade de vida e uso recorrente de serviços de saúde. Na APS, ela raramente se apresenta como “uma única dor”: coexistem componentes nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos, modulados por sono, humor, crenças de ameaça, medo-evitação, descondicionamento físico, vulnerabilidades sociais e experiências prévias de cuidado. Por isso, a excelência clínica não depende de “achar um diagnóstico anatômico perfeito”, e sim de aplicar um método reprodutível que priorize função, reduza iatrogenia e organize um plano longitudinal com metas mensuráveis.

Nos últimos anos, as diretrizes convergiram para um eixo comum: dor crônica deve ser abordada com modelo biopsicossocial, cuidado multimodal e foco em retorno funcional, com uso cauteloso de farmacoterapia e prevenção de dependência e eventos adversos. O NICE (2021) propõe avaliação centrada na pessoa para toda dor crônica e recomenda, para dor crônica primária, priorização de exercício supervisionado, terapias psicológicas (CBT/ACT) e, quando farmacológico, discussão criteriosa sobre antidepressivos, além de recomendar não iniciar diversos fármacos e modalidades sem benefício comprovado para esse fenótipo. A OMS publicou diretriz específica para manejo não cirúrgico de dor lombar crônica primária em atenção primária e comunitária, reforçando reabilitação, educação e intervenção integrada (WHO, 2023). No SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dor Crônica foi aprovado por Portaria Conjunta de 22/08/2024 e organiza critérios diagnósticos, tratamento e regulação do cuidado, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas, com ênfase em metas realistas e funcionalidade.

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e reprodutível para dor crônica na APS, integrando avaliação biopsicossocial e estratificação de risco, diagnóstico sindrômico orientado por sinais de alerta, plano multimodal com reabilitação prescritiva, manejo farmacológico seguro com prevenção de iatrogenia e dependência, além de critérios de encaminhamento e indicadores de qualidade para seguimento longitudinal.

Avaliação biopsicossocial e estratificação de risco

A avaliação avançada da dor crônica na APS parte de três perguntas: o que é perigoso (sinais de alerta), o que é tratável (fenótipo de dor e causas secundárias) e o que é prioritário (função, risco e metas). Na prática, a qualidade do cuidado depende de registrar rotineiramente interferência funcional e de construir metas mensuráveis; sem isso, a APS cai no ciclo “troca de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos repetidos”, com pouco ganho funcional.

A classificação sindrômica (nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista) é clinicamente útil porque orienta o peso relativo da reabilitação, do manejo psicossocial e da farmacoterapia. Em dor nociceptiva, a dor costuma relacionar-se a carga mecânica, inflamação e estrutura; em dor neuropática, há sinais de lesão/doença do sistema somatossensorial com sintomas típicos (queimação, choque, alodínia, parestesias, distribuição em território); em dor nociplástica, predomina amplificação/ sensibilização com desproporção entre dor e achados estruturais, frequentemente associada a distúrbio do sono, fadiga, humor e múltiplas dores (NICE, 2021; BRASIL, 2024).

Roteiro biopsicossocial reprodutível para a APS (**Quadro 12.1**):

Quadro 12.1 Avaliação clínica reprodutível na APS

1. Caracterização: local, duração, padrão, fatores de piora/melhora, flutuações e gatilhos.
2. Interferência: sono, humor, mobilidade, AVD/AVDI, trabalho/estudo, participação social.
3. Fenótipo: nociceptivo, neuropático, nociplástico ou misto (com hipótese clínica).
4. Exame físico dirigido: inspeção funcional (marcha/levantarse), amplitude, sinais neurológicos focais, pontos de maior limitação funcional.
5. Sinais de alerta: febre; perda ponderal inexplicada; dor noturna progressiva; trauma relevante; história oncológica significativa; imunossupressão; déficit neurológico progressivo; disfunção esfincteriana; infecção; dor desproporcional com piora rápida.
6. Psicossocial: crenças de ameaça, medo-evitação, catastrofização, sofrimento emocional, contexto familiar/laboral, violência, vulnerabilidade social.
7. Segurança terapêutica: polifarmácia, álcool, sedativos, risco de quedas, doença renal/hepática, histórico de uso problemático de substâncias.
8. Metas: 1–3 metas funcionais mensuráveis para 4–8 semanas.

Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

A estratificação de risco deve combinar gravidade funcional, complexidade psicossocial e risco de iatrogenia. “Dor intensa” sem incapacidade pode demandar plano diferente de “dor moderada com colapso funcional e sedação por polifarmácia”. Em idosos, a interação entre dor,

sedativos, hipotensão e quedas torna a segurança do plano tão importante quanto a analgesia (BRASIL, 2024).

Estratificação operacional de risco e intensidade do seguimento (**Tabela 12.1**):

Tabela 12.1 Estratificação e retorno na APS

Nível	Perfil clínico dominante	Conduta na APS	Retorno
Baixo risco	boa função, baixa interferência, sem sinais de alerta, baixa iatrogenia	plano de autocuidado + reabilitação leve + mínima farmacoterapia	8–12 semanas
Intermediário	interferência moderada, sono/humor afetados, início de medo-evitação	plano multimodal estruturado + reabilitação graduada + reavaliação de barreiras	3–6 semanas
Alto risco	incapacidade relevante, múltiplas comorbidades, polifarmácia/sedativos, vulnerabilidade social ou falhas repetidas	plano intensivo + monitoramento de segurança + cogestão quando possível	1–3 semanas

A decisão por exames complementares deve ser guiada por sinais de alerta e por mudança de conduta. Na dor crônica não complicada, imagem precoce frequentemente identifica achados incidentais e aumenta medo-evitação, sem melhorar desfechos. Em APS avançada, o especialista evita “rastreamento por imagem” e prioriza exame funcional, fenótipo e reabilita-

ção, reservando imagem para déficits neurológicos progressivos, suspeita de fratura, infecção, neoplasia, doença inflamatória sistêmica ou quando o resultado muda conduta (NICE, 2021; BRASIL, 2024).

Fluxo reprodutível da APS: avaliação → plano → reavaliação → intensificação (**Figura 12.1**):

Figura 12.1 Fluxo assistencial (descrição para diagramação)



Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

Plano terapêutico multimodal e reabilitação

A reabilitação não é “complemento”: é o tratamento central na maior parte das dores crônicas atendidas na APS. O papel do especialista é transformar recomendações genéricas (“exercício e fisioterapia”) em prescrição graduada, com dose, progressão e metas funcionais. Para dor crônica primária, o NICE (2021) recomenda exercício supervisionado em grupo, manutenção de atividade física e considerar ACT/CBT para dor, além de organizar plano de cuidado centrado na pessoa. Para dor lombar crônica primária, a OMS reforça intervenções não cirúrgicas em atenção primária e comunitária, orientadas a melhorar saúde e bem-estar, em abordagem disciplinarmente neutra. (WHO, 2023)

A educação terapêutica deve ser técnica e prescritiva: explicar que dor persistente pode envolver sensibilização e que “retomar função com segurança” é a meta primária; alinhar expectativa de melhora gradual; reduzir comportamento de evitação; orientar manejo de crises (“*flare-ups*”) sem abandonar o plano. O cuidado avançado evita mensagens que aumentam ameaça (“coluna desgastada”, “nervo preso”) quando não há correlação clínica forte, e utiliza linguagem que favorece autoeficácia, sem banalizar sofrimento (NICE, 2021).

Protocolo prático de reabilitação (4–8 semanas) para APS (**Quadro 12.2**):

Quadro 12.2 Reabilitação prescritiva na APS

• Meta funcional (obrigatória): definida com o paciente, mensurável e com prazo.
• Atividade graduada: iniciar abaixo do limiar de piora importante e progredir semanalmente (registrar “dose” e progressão).
• Fortalecimento e mobilidade: exercícios simples domiciliares (quando não houver fisioterapia imediata), com técnica e progressão.
• Sono: rotina, higiene do sono, ajuste de estimulantes/álcool e manejo de dor noturna sem sedação excessiva.
• Estratégia para crise: plano escrito para <i>flare-up</i> (reduzir carga temporariamente, manter movimento, evitar repouso prolongado, reavaliar sinais de alerta).
• Reavaliação de barreiras: medo-evitação, humor, estressores, trabalho, suporte familiar.
• Retorno programado: data e critérios de sucesso (função > dor).

Fonte: NICE, 2021; WHO, 2023; Brasil, 2024.

A integração de intervenções psicológicas é particularmente relevante em dor crônica primária/nociplástica e em dor crônica secundária com alto sofrimento, pois medo-evitação e catastrofização são determinantes de incapacidade. O NICE (2021) recomenda considerar ACT/CBT para dor em pessoas com dor crônica primária, e isso pode ser operacionalizado na APS via grupos, apoio matricial e encaminhamento quando disponível, mantendo coordenação pela APS.

O manejo de comorbidades é parte do tratamento da dor: depressão e ansiedade aumentam intensidade percebida e interferência; obesidade, sedentarismo e apneia do sono pioram dor e fadiga; tabagismo associa-se a pior prognóstico em condições musculoesqueléticas. Em prática avançada, a APS integra o plano de dor ao plano de comorbidades para aumentar adesão e reduzir risco global (BRASIL, 2024).

Manejo farmacológico seguro e prevenção de iatrogenia

A farmacoterapia na dor crônica deve ser tratada como “ponte para função”, não como objetivo em si. O PCDT brasileiro (2024) explica que metas realistas incluem redução do sofrimento e melhora de funcionalidade, e que múltiplas abordagens (medicamentosas e não medicamentosas) produzem melhores resultados do que estratégias isoladas. Em dor crônica

primária, o NICE (2021) recomenda não iniciar opioides, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), paracetamol, gabapentinoides, benzodiazepínicos e outras classes para esse fenótipo, e orienta que a decisão farmacológica (quando considerada) se concentre em antidepressivos após discussão de benefícios e danos. Isso não significa “proibição absoluta” em toda dor crônica, mas impõe precisão: fármacos devem ser escolhidos conforme fenótipo e condição de base (dor crônica secundária), e descontinuados quando não há benefício funcional mensurável.

A lógica avançada na APS é manter um ciclo curto de decisão: iniciar/ajustar → reavaliar função e eventos adversos → manter/otimizar ou desprescrever. Farmacoterapia sem reavaliação programada é um marcador de baixa qualidade e aumenta polifarmácia e eventos adversos, especialmente em idosos.

Matriz de escolha terapêutica por fenótipo e risco (Tabela 12.2):

Tabela 12.2 Fenótipo × estratégia farmacológica

Fenótipo predominante	Objetivo	Princípio farmacológico	Principal risco na APS
Nociceptivo mecânico	viabilizar reabilitação	analgesia mínima e temporária, com foco em função	cronificação por inércia terapêutica
Nociceptivo inflamatório	reduzir inflamação e permitir movimento	anti-inflamatório seletivo e por tempo curto quando elegível	eventos GI/renais/CV
Neuropático	modular dor + melhorar sono/função	adjuvantes analgésicos específicos quando indicados	sedação, quedas, interação
Nociplástico/primário	reduzir sofrimento e interferência	evitar polifarmácia analgésica; considerar antidepressivos e intervenções psicossociais	iatrogenia e dependência

Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

Em osteoartrose e dores musculoesqueléticas, o PCDT (2024) discute uso de analgésicos e AINEs com cautela, considerando risco gastrointestinal e cardiovascular e priorizando a menor dose pelo menor tempo, sempre integrado a medidas não medicamentosas (BRASIL, 2024). Em dor neuropática, o PCDT (2024) inclui opções adjuvantes e reforça que a escolha deve considerar diagnóstico e perfil do paciente, com monitoramento de eventos adversos (BRASIL, 2024).

Em relação a opioides, a diretriz CDC 2022 atualiza recomendações para cuidado da dor e prescrição em ambiente ambulatorial, reforçando preferência por terapias não opioides, definição de metas funcionais, dose mínima efetiva, reavaliação precoce e mitigação de risco. Na APS, opioides em dor crônica devem ser exceção e, quando considerados por profissional habilitado e dentro de protocolos locais, exigem justificativa clínica, tempo definido e monitora-

mento rigoroso, evitando co-prescrição com sedativos e avaliando riscos individuais (DOWELL *et al.*, 2022).

Checklist de segurança quando há uso de fármacos de maior risco (incluindo opioides) (Quadro 12.3):

Quadro 12.3 Segurança e monitoramento

• Objetivo funcional explícito e mensurável (não apenas “baixar dor”).
• Janela curta de reavaliação (semanas, não meses) e critério de continuidade.
• Revisão de interações e sedação, com foco em quedas e direção/atividades de risco.
• Avaliação de comorbidades (DRC, hepatopatia, DPOC/OSA, depressão).
• Evitar combinação de medicamentos com potencial aditivo de sedação.
• Plano de desprescrição quando não houver benefício funcional claro.
• Educação do paciente sobre uso seguro, armazenamento responsável e sinais de eventos adversos, sem alarmismo.

Fonte: BRASIL, 2024; DOWELL *et al.*, 2022.

Tabela 12.3 Encaminhamento/urgência

Situação	Conduta na APS	Encaminhamento
Sinais de alerta	estabilizar e evitar atrasos	imediato conforme gravidade
Déficit neurológico progressivo	documentar exame neurológico e evolução	urgente (neuro/ortopedia/urgência)
Dor com incapacidade grave apesar de plano multimodal	revisar adesão/fenótipo/iatrogenia	reabilitação especializada/dor/psiquiatria conforme caso
Suspeita de doença inflamatória sistêmica	rastreio clínico e exames dirigidos	reumato conforme protocolo
Polifarmácia com sedação/queda	iniciar desprescrição e plano de segurança	apoio matricial/geriatria quando disponível
Vulnerabilidade social grave/violência	acionar rede de proteção	assistência social/rede intersetorial

Fonte: NICE, 2021; Brasil, 2024.

Indicadores simples ajudam a transformar cuidado em sistema: proporção de pacientes com metas funcionais registradas, tempo até primeira reavaliação, taxa de polifarmácia sedativa, proporção de planos com reabilitação prescritiva documentada e taxa de encaminhamentos com informações essenciais (fenótipo,

Seguimento, critérios de encaminhamento e indicadores de qualidade

A APS de alta qualidade trata dor crônica como linha de cuidado: retorno programado, metas, revisão de barreiras e ajustes graduais. O NICE (2021) recomenda revisar planos em *flare-ups*, investigar sintomas novos quando necessário e manter decisão compartilhada. O PCDT (2024) reforça que casos de dor crônica devem ser avaliados e acompanhados pelas equipes de APS e por serviços especializados quando necessário, com regulação e avaliação periódica do uso de medicamentos.

A Tabela 12.3 organiza quando encaminhar e evita atrasos em situações de maior risco.

função, terapias tentadas). Em APS avançada, qualidade é medida por função e segurança, não por volume de exames solicitados.

Dor crônica na APS exige método, continuidade e segurança. A abordagem avançada combina avaliação biopsicossocial reproduzível, estratificação de risco, definição de metas

funcionais e plano multimodal com reabilitação prescritiva, integração de intervenções psicossociais quando necessário e farmacoterapia guiada por fenótipo e benefício funcional, com forte vigilância para iatrogenia e dependência. Diretrizes internacionais recentes reforçam a centralidade do cuidado centrado na pessoa e, em dor crônica primária, a prioridade de intervenções não farmacológicas e o desestímulo ao

início de múltiplos fármacos sem benefício comprovado, enquanto o PCDT brasileiro organiza o cuidado no SUS com metas realistas e integração de medidas medicamentosas e não medicamentosas (NICE, 2021). Ao transformar a dor em plano longitudinal focado em função, a APS reduz incapacidade, melhora qualidade de vida e organiza acesso racional à rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília DF., ago., 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2026.

DOWELL, D. *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.

MAHER, C. *et al.* Non-specific low back pain. The Lancet, v. 389, p. 736-747, 2017.

NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>. Acesso em: 12 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>. Acesso em: 12 mar. 2026.