

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MICHELINE HENRIQUE ARAÚJO DA LUZ KOERICH

**O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E
O MODELO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

ERRATA

KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz. **O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde.** Tese – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. 380p.

As versões corretas dos documentos: **Apêndice A** (pagina 351), **Anexo C** (página 374) e **Anexo D** (pagina 376) estão apresentadas nas páginas abaixo:

PESQUISA: Dor lombar crônica em adultos atendidos pela atenção primária no município de Florianópolis

IDENTIFICAÇÃO

Número: _____ Data da Entrevista: _____
Entrevistador: _____
Nome Completo do Entrevistado _____
Data de Nascimento: _____ Telefone para Contato: _____
Local da Coleta _____

Observação: Antes de aplicar o instrumento, confirmar se o participante atende os critérios de inclusão (Folha de Critérios de Inclusão)

PARTE 1: DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS	
Variáveis	Campo p/ digitação
1. Qual a sua idade e data de nascimento? Idade: __ anos DN: __/__/__	idade _____
2. Sexo: (1) Homem (2) Mulher	sexo _____
3. Estado Civil (1) solteiro (2) casado (3) separado/divorciado (4) viúvo	est.civ. _____
4. Situação familiar: (1) vive sozinho (2) vive com companheiro (3) não tem companheiro, mas vive com filhos/pais/parentes (4) vive com companheiro e com filhos/netos (5) outra situação: _____	sitfam _____
5. Com quantos salários mínimos a sua família vive? _____ salários mínimos	rendafam _____
6. Até que ano você estudou? _____ anos de estudo Tabela Fase Escolar <i>Ensino Fundamental 1 (primeiro ao quinto ano) = 1 a 5 anos</i> <i>Ensino Fundamental 2 (sexto ao nono ano) = 6 a 9 anos</i> <i>Ensino Médio (1, 2 e 3º ano) = 10 a 12 anos</i> <i>Ensino superior (incompleto/completo) = 13 ou mais anos</i>	anos_est _____
PARTE 2: DADOS OCUPACIONAIS	
7. Qual o seu ocupação atual? _____ <i>OBS: considerar também como ocupação: dona de casa/estudante</i>	prof _____
8. Qual a sua situação atual em relação ao trabalho? (1) Ativo (2) Afastado (3) Aposentado (4) Desempregado <i>Se a resposta da questão corresponder aos itens 2, 3 ou 4, assinalar 88 (não se aplica) na questão 9 e 10</i>	sit_atual _____

<p>9. Carga horária de Trabalho: (1) 4 horas/dia (2) 6 horas/dia (3) 8 horas/dia (4) 12 horas/dia (5) ocasional (sem CH fixa) (88) NA</p>	<p>ch_dia _____</p>
<p>10. Você está satisfeito com a atividade profissional que exerce atualmente? (0) não (1) sim (88) N.A <i>*Se a resposta na questão 8 for (3) ou (4), assinalar (88) nesta questão</i></p>	<p>satisf_trab _____</p>
<p>PARTE 3: INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</p>	
<p>11. Você é fumante? (0) Não Fumante (1) Ex-fumante (2) Fumante</p>	<p>tabag _____</p>
<p>12. Você realiza algum tipo de atividade física? (0) Não (1) Sim <i>Se a resposta da questão for não, assinalar 88 (não se aplica) nas questões 14e 15</i></p>	<p>ativ_fisicaSN __</p>
<p>13. Quantas vezes por semana você pratica atividade física? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco () seis () sete (88) NA (99) IGN Tempo médio de atividade por dia : _____</p>	<p>freq_AF _____</p>
<p>14. Qual atividade física você realiza? (1) caminhada (2) ginástica (3) musculação (4) hidroginástica (5) dança (88) NA Outros : _____</p>	<p>tipoAF _____</p>
<p>15. Qual o seu peso atual? _____ Kilos</p>	<p>peso _____</p>
<p>16. Qual a sua altura? _____ metros <i>Utilizar 2 casas após a vírgula (ex: 1,71 m) Se o paciente não souber utilizar o código 99 (IGN)</i></p>	<p>altura _____</p>
<p>17. Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	<p>quali_sono _____</p>

18. Com que frequência você tem consumido bebidas alcoólicas nos últimos doze meses? (0) Não bebo (1) 1 ou 2 x por semana (2) esporadicamente (3) diariamente		cons-alcool ____																																					
19. A dor lombar prejudica sua vida sexual? (0) não (1) sim (88) NA/atuamente não tem vida sexual		vi.sex)____																																					
20. Quais doenças abaixo você tem e foram confirmadas por seu médico?																																							
<table border="1"> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Artrite</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Asma/bronquite</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Fibromialgia</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Depressão</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doenças da tireoide</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>Quais:</td> </tr> </table>		Hipertensão	(0) não (1) sim (99) IGN	Diabetes	(0) não (1) sim (99) IGN	Artrite	(0) não (1) sim (99) IGN	Asma/bronquite	(0) não (1) sim (99) IGN	Osteoporose	(0) não (1) sim (99) IGN	Fibromialgia	(0) não (1) sim (99) IGN	Depressão	(0) não (1) sim (99) IGN	Doenças da tireoide	(0) não (1) sim (99) IGN	Outros	Quais:	<table border="1"> <tr> <td>21HA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21diabetes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21artrite</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21as-bronq</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21osteop.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21FMG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21depans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21alt-tireoide</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21outros</td> <td></td> </tr> </table>		21HA		21diabetes		21artrite		21as-bronq		21osteop.		21FMG		21depans		21alt-tireoide		21outros	
Hipertensão	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Diabetes	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Artrite	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Asma/bronquite	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Osteoporose	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Fibromialgia	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Depressão	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Doenças da tireoide	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Outros	Quais:																																						
21HA																																							
21diabetes																																							
21artrite																																							
21as-bronq																																							
21osteop.																																							
21FMG																																							
21depans																																							
21alt-tireoide																																							
21outros																																							
PARTE 4: DADOS SOBRE A DOR LOMBAR CRÔNICA																																							
21. Você tem exames ou seu médico lhe disse que o problema na sua coluna tem relação com algum desses nomes ?																																							
<table border="1"> <tr> <td>Hernia de disco</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Protusão discal</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Discopatia degenerativa</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Espondilose/lítese</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Osteofitose</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Traumas da Coluna</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Desvios na Coluna</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> </table>		Hernia de disco	(0) não (1) sim (99) IGN	Protusão discal	(0) não (1) sim (99) IGN	Discopatia degenerativa	(0) não (1) sim (99) IGN	Espondilose/lítese	(0) não (1) sim (99) IGN	Osteofitose	(0) não (1) sim (99) IGN	Traumas da Coluna	(0) não (1) sim (99) IGN	Desvios na Coluna	(0) não (1) sim (99) IGN	Outros	(0) não (1) sim (99) IGN	<table border="1"> <tr> <td>22Her_disc</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22Prot_disc</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22disc_deg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22loseelítese</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22osteofit.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22traumacol</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22desv_col</td> <td></td> </tr> </table>		22Her_disc		22Prot_disc		22disc_deg		22loseelítese		22osteofit.		22traumacol		22desv_col							
Hernia de disco	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Protusão discal	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Discopatia degenerativa	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Espondilose/lítese	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Osteofitose	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Traumas da Coluna	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Desvios na Coluna	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
Outros	(0) não (1) sim (99) IGN																																						
22Her_disc																																							
22Prot_disc																																							
22disc_deg																																							
22loseelítese																																							
22osteofit.																																							
22traumacol																																							
22desv_col																																							
<u>Assinalar somente os itens confirmados pelo médico (diagnóstico clínico) ou confirmado por exames.</u>																																							
22. Há quanto tempo você sente dor lombar? ____ (anos) ____ (meses) <i>Preencher somente se referir tempo inferior há 1ano</i>		tempoDL ____																																					

<p>23. Você consome medicações para controle da dor com que frequência?</p> <p>(0) Não consumo (1) 1 x/semana (2) 2 x/semana (3) 3 x semana (4) 5 x semana (6) 6 x/semana (7) 7x/semana (todos os dias) (8) esporadicamente</p> <p><i>Se o participante responder os itens 0 ou 8, assinalar 88 (NA) na questão 21.</i></p>	<p>cons-medic ____</p>																																				
<p>24. Além da dor lombar, você sente dores persistentes em outras regiões do corpo?</p> <p>(0) não (1) sim</p>	<p>outras_dores ____</p>																																				
<p>25. Quais as outras regiões do corpo você sente dor persistente?</p> <table border="1" data-bbox="296 555 683 957"> <tr><td>Cervical</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Ombros</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Braços</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Mãos/punhos</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Joelhos</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Quadril</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Pernas</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Pés/tornozelos</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> <tr><td>Outros</td><td>(0) não (1) sim</td></tr> </table> <p>Outros: _____</p>	Cervical	(0) não (1) sim	Ombros	(0) não (1) sim	Braços	(0) não (1) sim	Mãos/punhos	(0) não (1) sim	Joelhos	(0) não (1) sim	Quadril	(0) não (1) sim	Pernas	(0) não (1) sim	Pés/tornozelos	(0) não (1) sim	Outros	(0) não (1) sim	<table border="1" data-bbox="812 555 980 965"> <tr><td>23cervic</td><td></td></tr> <tr><td>23ombro</td><td></td></tr> <tr><td>23braços</td><td></td></tr> <tr><td>23mão_pu.</td><td></td></tr> <tr><td>23joelhos</td><td></td></tr> <tr><td>23quadril</td><td></td></tr> <tr><td>23perna</td><td></td></tr> <tr><td>23pe_torn</td><td></td></tr> <tr><td>23Outros</td><td></td></tr> </table>	23cervic		23ombro		23braços		23mão_pu.		23joelhos		23quadril		23perna		23pe_torn		23Outros	
Cervical	(0) não (1) sim																																				
Ombros	(0) não (1) sim																																				
Braços	(0) não (1) sim																																				
Mãos/punhos	(0) não (1) sim																																				
Joelhos	(0) não (1) sim																																				
Quadril	(0) não (1) sim																																				
Pernas	(0) não (1) sim																																				
Pés/tornozelos	(0) não (1) sim																																				
Outros	(0) não (1) sim																																				
23cervic																																					
23ombro																																					
23braços																																					
23mão_pu.																																					
23joelhos																																					
23quadril																																					
23perna																																					
23pe_torn																																					
23Outros																																					
<p>PARTE 5: INFORMAÇÕES SOBRE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS</p>																																					
<p>26. Quais os serviços de saúde que você utilizou nos últimos doze meses por causa da dor lombar?</p> <table border="1" data-bbox="201 1173 722 1361"> <thead> <tr><th colspan="3">Serviços Atenção Básica</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico (Saúde da Família)</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> </tr> <tr> <td>Médico especialista (qual):</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> </tr> <tr> <td>Consulta Fisioterapia</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> </tr> </tbody> </table>	Serviços Atenção Básica			Médico (Saúde da Família)	(0) não	(1) sim	Médico especialista (qual):	(0) não	(1) sim	Consulta Fisioterapia	(0) não	(1) sim	<table border="1" data-bbox="812 1157 980 1340"> <tr><td>24medSF</td><td></td></tr> <tr><td>24medESP</td><td></td></tr> <tr><td>24Cons_fis</td><td></td></tr> <tr><td>24gru_ori</td><td></td></tr> <tr><td>24gru_trat</td><td></td></tr> <tr><td>24outAB</td><td></td></tr> </table>	24medSF		24medESP		24Cons_fis		24gru_ori		24gru_trat		24outAB													
Serviços Atenção Básica																																					
Médico (Saúde da Família)	(0) não	(1) sim																																			
Médico especialista (qual):	(0) não	(1) sim																																			
Consulta Fisioterapia	(0) não	(1) sim																																			
24medSF																																					
24medESP																																					
24Cons_fis																																					
24gru_ori																																					
24gru_trat																																					
24outAB																																					

Grupo de orientações	(0) não	(1) sim		
Grupos de tratamento (exercícios e orientações)	(0) não	(1) sim		
Outros serviços:	(0) não	(1) sim		
Serviços Policlínica				
UPA (emergência)	(0) não	(1) sim		
Ortopedista	(0) não	(1) sim		
Reumatologista	(0) não	(1) sim		
Fisioterapia	(0) não	(1) sim		
Psicologia	(0) não	(1) sim		
Acupuntura	(0) não	(1) sim		
Outros serviços:	(0) não	(1) sim		
Serviços Hospitalais				
Internações	(0) não	(1) sim		
Emergência	(0) não	(1) sim		
Ambulatorio	(0) não	(1) sim		
Outros serviços:	(0) não	(1) sim		
			24upa_poli	
			24ort_poli	
			24reum_poli	
			24fisio_poli	
			24Psi_poli	
			24Acu_poli	
			24outpoli	
			24inthosp	
			24emehosp	
			24Ambhosp	
			24outhosp	
27. Você encontra dificuldades para marcar consultas/atendimentos?				
(0) não (1) sim (99) não sei/não lembro			Dif_atend _____	
28. Utiliza serviços privados? (0) Não (1) Sim Quais:			serv_priv _____	
29. Durante o atendimento pelos profissionais de saúde você recebeu orientações para cuidar da sua dor lombar?				
(0) Não (1) Sim (2) Não lembro			orient _____	
<i>Se o participante responder os itens 0 ou 2, pular para QUESTÃO 30 e 31</i>				
30. Quem lhe orientou?			28med: _____	
Médico	() sim	() não	28AS: _____	
Agente de Saúde	() sim	() não	28fis _____	
Fisioterapeuta	() sim	() não	28EF _____	
Educador Físico	() sim	() não	28enf _____	
Enfermeiro	() sim	() não	28psi _____	
Psicólogo	() sim	() não	28out _____	

Outros:					
31. .Você se sentiu satisfeito com as orientações que recebeu?					
(0) Não (1) Sim					satisf.orient ____
32. O senhor recebeu orientação sobre:					
O que provoca a dor lombar ?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		
Que o senhor tem uma dor crônica e precisa aprender a lidar com ela?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.caus ____
Utilizar o calor para aliviar a dor?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.lidar ____
Os Cuidados com a postura durante as atividades?	(0) não	(1) sim	(3) não lembro/Não sei		30or.calor ____
Posições mais adequadas para dormir?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.post ____
Cuidados para carregar objetos pesados?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.posi ____
Evitar movimentos repetitivos?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.peso ____
Medicação?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.mr ____
Importância de fazer exercícios para controlar a dor?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.med ____
Quais são os tratamentos mais adequados para o seu problema?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.exer ____
Situações que pioram o seu caso e que o senhor deve evitar?	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30or.trat ____
Outras??	(0) não	(1) sim	(2) não lembro/Não sei		30ori.evita ____
Outras:					
33.Quais os tratamentos que você já realizou e que ajudaram a melhorar ou controlar sua dor lombar:					
Modalidade	Não	Sim	Não ajuda	Ajuda	NA

Medicamento	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	med __ Rmed __
Massagista	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	mass __ Rmass __
Exercícios em casa	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	exer __ R exer __
Acupuntura	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Acup __ Racup __
Fisioterapia	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Fisio __ Rfisio __
Repouso	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Repou __ Rrpou __
Pilates	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Pilat __ Rpilat __
Exercícios Posturais	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Ex.pos __ Rsx.pos __
Calor	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Calor __ Rcalor __
Orient. sobre posturas nas AVDs	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Orien. __ Rorien __
Atividade Física	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Atifis __ Ratifis __
Cirurgia	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Cirur __ Rcirur __
Bloqueios anestésicos	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Bloq __ Rbloq __
Outros	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Outrat __ Routrat __
Outros:						

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ETAPA QUANTITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor lombar crônica em adultos no município de Florianópolis.

Pesquisador: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08719513.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 252.540

Data da Relatoria: 22/04/2013

Apresentação do Projeto:

"Dor lombar crônica em adultos no município de Florianópolis". Projeto que visa avaliar pacientes com Dor Lombar Crônica (DLC) atendidos na Atenção Primária no município de Florianópolis que são encaminhados para os fisioterapeutas da Atenção Primária. Serão coletados dados sócio-demográficos e clínicos, identificação da intensidade da dor e incapacidade funcional.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal é descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DLC atendidos nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Florianópolis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a coleta de dados apresenta risco mínimo, pois consiste em entrevista aplicação de questionários. Está descrito no TCLE que os participantes da pesquisa podem sentir algum constrangimento em responder algumas das questões abordadas, mas os mesmos serão esclarecidos que não precisam responder as questões que não souberem ou quando se sentirem constrangidos o desconfortáveis para respondê-las. Como benefícios, as informações sobre a prevalência de pacientes com Dor Lombar Crônica que buscam os serviços da Atenção Primária e suas principais características poder contribuir para que os profissionais de saúde e gestores da área possam melhor conhecer seus pacientes estabelecer ações e estratégias mais adequadas e voltadas para as características dos mesmos.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de pesquisa do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. A pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo, cujo objetivo principal consiste em descrever as características sócio-demográficas e clínicas

dos pacientes com Dor Lombar Crônica(DLC) atendidos na Atenção Primária no município de Florianópolis nas 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 5 distritos sanitários (Centro, Leste, Sul, Norte e Continente). O tamanho da amostra, estimado de acordo com a população será de 462 participantes, todos maiores de 18 anos, com queixa de dor lombar, encaminhados para os fisioterapeutas da Atenção Primária. Serão usados como instrumentos de pesquisa: (a) formulário para registro de dados sócio-demográficos e clínicos, (b)Escala Analógica Visual (identifica a intensidade da dor; e (c) Questionário Roland Morris (verifica a incapacidade funcional), sendo que os mesmos serão aplicados através de entrevista. O estudo encontra-se bem delineado, documentação completa, TCLE adequado e de fácil compreensão aos participantes, estando portanto, de acordo com a Resolução N°196/96 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Como se trata de um processo multidisciplinar é aconselhável incluir outros membros, como os fisioterapeutas, na equipe no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ETAPA QUALITATIVA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO À PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34831314.7.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 792.164

Data da Relatoria: 12/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo conhecer como acontece o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica (DLC) na Atenção Básica em Saúde (ABS) e construir um referencial teórico que contribua para a organização do cuidado nesse nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a abordagem metodológica utilizada será a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O estudo acontecerá no município de Florianópolis, no Distrito Sanitário do Continente. Inicialmente serão convidados a participar da pesquisa os profissionais das unidades de saúde, que atuam diretamente no cuidado das pessoas com DLC (médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e agentes de saúde). A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, semi-estruturadas, utilizando como questão inicial: "Fale-me como você compreende o cuidado a pessoas com DLC na ABS?" Caso outros profissionais e/ou gestores sejam referenciados por este primeiro grupo, estes também serão convidados a participar da pesquisa. O número total de participantes será determinado pela saturação dos dados. Os dados serão analisados concomitante a coleta de dados, com a codificação aberta, axial e seletiva, e construção das categorias de análise. Novas hipóteses poderão levar a novos grupos amostrais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **Município:** FLORIANOPOLIS **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Telefone:** (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 792.164

Construir um referencial teórico sobre o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica que contribua para a organização do cuidado nesse nível de atenção em um município do sul do país.

Objetivos Secundários:

- Conhecer a configuração do atual modelo de cuidado na perspectiva dos profissionais de saúde e das pessoas com DLC;
- Identificar os principais aspectos que devem ser priorizados na construção de um modelo adequado para as necessidades das pessoas com DLC;
- Discutir sobre os principais desafios na organização do cuidado para pessoas com DLC, na Atenção Básica;
- Estabelecer pressupostos para o modelo de cuidado para pessoas com Dor Lombar Crônica, considerando suas necessidades de cuidado e as diretrizes para o cuidado de pessoas com condições crônicas e as premissas da Atenção Básica à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação poderá trazer eventuais desconfortos e repercussões de ordem psicológica durante e após a realização da entrevista, sendo de responsabilidade dos pesquisadores assumir as possíveis demandas decorrentes e auxiliar nos encaminhamentos necessários.

Benefícios:

Em função dos poucos estudos que abordem a dor lombar crônica no país, associados à carência de informações sobre a oferta de serviços de saúde para essa população, esta pesquisa poderá contribuir para o crescimento do conhecimento sobre essa temática, fornecendo também informações para melhor orientar as ações e estratégias adotadas pelos profissionais de saúde e gestores que atuam neste cuidado, na cidade de Florianópolis. Além disso, poderá proporcionar subsídios para futuras pesquisas que busquem novas alternativas terapêuticas para essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

A natureza da pesquisa será qualitativa, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A essência do método TDF, tradução do inglês para Grounded Theory é que a teoria substantiva que emerge dos dados, ou seja, é uma teoria derivada de dados sistematicamente coletados e

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

Continuação do Parecer: 792.164

analisados. Embora a finalidade do método TFD seja a construção de teorias substantivas, sua utilização não necessariamente precisa ficar restrita apenas aos pesquisadores que tem esse objetivo de pesquisa, o pesquisador pode usar apenas alguns de seus procedimentos para satisfazer a explicação ou significado de um fenômeno (STRAUSS e CORBIN, 2008). Nesta pesquisa, o método selecionado, a TFD pode permitir a compreensão sobre como o cuidado às pessoas com DLC é ofertado na Atenção Básica, desvelando também elementos que poderão ser úteis para a compreensão do modelo atual e/ou das necessidades que precisam ser consideradas ao elaborar os pressupostos de um novo modelo. O estudo será conduzido nas unidades de saúde do distrito Continente, no município de Florianópolis. O distrito Continente apresenta uma população estimada de 106.350 indivíduos, divididos em 27 áreas de saúde, contando com 11 Unidades Básicas de saúde (UBS) e 27 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolvidas nos cuidados em saúde dessa população. Participarão os usuários, profissionais e gestores das unidades de saúde, além das equipes do NASF vinculadas ao distrito Continente. A técnica de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada, que serão áudio-gravadas em meio digital, transcritas e posteriormente analisadas. Na Teoria Fundamentada dos Dados, a coleta de dados é encerrada quando se alcança a saturação teórica dos dados. A saturação teórica ocorre quando nenhum dado relevante ou novo emerge; o desenvolvimento da categoria é denso e as relações entre as categorias são bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Para atingir os objetivos propostos e responder as questões da pesquisa, é necessário que as perguntas constantes do instrumento de coleta de dados sejam respondidas, no entanto protocolo original é informado que as demais questões só serão direcionadas pelo pesquisador a partir das respostas da primeira questão.

Rever as perguntas da pesquisa e objetivos propostos, uma vez que a 2ª questão norteadora não está representada nos objetivos propostos. Desse modo, o segundo objetivo deveria investigar se o atual modelo está pautado nos princípios da atenção básica, o terceiro não se refere a nenhuma das questões norteadoras e não integra o instrumento de coleta de dados.

Rever o critério de inclusão da amostra, já que no protocolo original é informado que dela farão

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 782.164

parte os profissionais da Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Gestores (estes somente se indicados pelos profissionais da saúde). No protocolo de informações básicas constam que são 20 os profissionais da saúde. Portanto, apresentar claramente, dentre as 27 ESF do Distrito continente, quantos são os profissionais, em sua totalidade e quem são exatamente os 20 selecionados, além disso, quantos e quem são os profissionais dos NASF e quantos foram selecionados. Acredita-se pertinente descrever o mesmo com relação aos gestores, já que são os tomadores de decisão, por isso devem ser incluídos.

Também, no formulário informações básicas do projeto de pesquisa, ainda são incluídos os usuários, caso ocorra, em se tratando de usuários, como serão abordados e quais os critérios de inclusão e exclusão da amostra e porque são somente 10.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Rever questões norteadoras que devem estar em consonância com os objetivos e com o instrumento de coleta de dados. Deixar claro o critério de inclusão da amostra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador justificou e atendeu todas as pendências.

FLORIANOPOLIS, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

MICHELINE HENRIQUE ARAÚJO DA LUZ KOERICH

**O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E
O MODELO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Koerich, Micheline Henrique Araújo da Luz

O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde / Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich ; orientadora, Betina Hörner Schindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2016.
380 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Dor Lombar Crônica. 3. Modelo de Cuidado. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

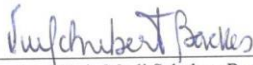
MICHELINE HENRIQUE ARAÚJO DA LUZ KOERICH

**O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E
MODELO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

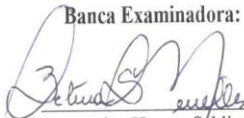
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 29 de fevereiro de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

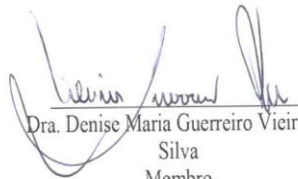


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

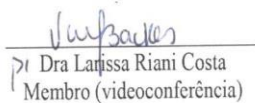
Banca Examinadora:



Dra. Betina Hörner Schlindwein
Meirelles
Presidente



Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da
Silva
Membro



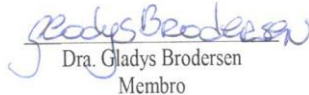
Dra. Larissa Riani Costa
Membro (videoconferência)



Dra. Maria Elena Echevarria Guanillo
Membro



Dra. Juliana Barcellos de Souza
Membro



Dra. Gladys Brodersen
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde do SUS, comprometidos e dedicados na construção de práticas de cuidado que possam melhorar a vida das pessoas com dores crônicas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecer que não percorremos o caminho sozinhos! Ao longo dos últimos quatro anos pude contar com uma grande “rede de apoio” que compartilhou comigo os desafios e pequenas vitórias de cada etapa dessa jornada. A todos os familiares, amigos, professores, colegas, vizinhos, pacientes e tantas outras pessoas que contribuíram com esse trabalho, expresse minha profunda gratidão!

A Deus e ao Universo, que sempre conspiram ao nosso favor, quando desejamos com intensidade e lutamos para transformar o sonho em realidade. Nas horas mais difíceis, os caminhos apareceram, as oportunidades surgiram e pessoas (ou anjos) cruzaram a minha vida e me ajudaram a seguir em frente.

Aos meus pais que me ensinaram o valor do estudo e do conhecimento e investiram muitos anos das suas vidas para que eu pudesse alcançar meus sonhos, e em especial, a dedicação nesses últimos meses, cuidando dos pequenos e compensando os muitos momentos em que estive ausente.

Ao meu marido, meu companheiro de vida, que esteve sempre ao meu lado, compartilhando comigo tantos sonhos. Em especial, encarar junto comigo os desafios que o doutorado me proporcionou e ter acreditado no meu potencial.

Aos meus filhos, Camila e Vitor, que ainda são pequenos para compreender o quanto foram importantes nesse processo. Suas risadas, o orgulho ao saber que mamãe estudava para ser “doutora”, o apoio e compreensão à minha ausência em muitos momentos e, principalmente, os milhões de beijinhos e abraços que ganhei enquanto estava concentrada em frente ao computador.

Aos meus avós, que sempre me incentivaram para subir o “próximo degrau” e o orgulho que depositam em mim. Em especial à minha avó Leny, que tem pedido a Deus nos últimos anos, para não partir antes de me ver concluindo essa etapa.

Ao meu irmão, o incentivo, os milhares de telefonemas e “puxões” de orelha para que eu mantivesse o foco na tese.

Aos familiares (tios, primos, sobrinhos e cunhados) o apoio, e as palavras e atitudes de estímulo que me fizeram continuar o trabalho.

À professora Dra. Betina Hörner Scindwein Meirelles, que partilhou dessa aventura comigo, orientando meus passos durante essa jornada. Agradeço sua generosidade em acolher a proposta desse estudo, a parceria e apoio em todos os momentos e o acreditar na minha capacidade de superar os desafios inerente à pesquisa e ao amadurecimento acadêmico.

À professora Dra. Denise Guerreiro, ter abertos as portas do grupo de pesquisa e possibilitar que eu pudesse vislumbrar um “outro olhar” sobre a saúde e o cuidado das pessoas. Obrigada também por compartilhar a sua experiência e seus conhecimentos ao longo desses últimos anos.

À Cecília Arruda, um dos melhores presentes que o doutorado me trouxe, a amizade, o carinho e apoio nesses últimos meses. Obrigada pela nossa parceria em buscar conhecimento em outro país, onde compartilhamos tantas aventuras, lágrimas, risadas e descobertas. Vivemos uma experiência incrível que estará sempre guardada junto com as minhas melhores lembranças

Às amigas que o doutorado me trouxe: Julia e Soraia, obrigada por tornarem a vida acadêmica mais alegre e acolhedora. E também por me apoiarem, ouvirem minhas angústias e pelos nossos “cafês”, que eram excelentes momentos de terapia. Adoro vocês meninas!

À Juliana Gulini, os longos anos de amizade e momentos maravilhosos que compartilhamos junto com as nossas famílias.

Às amigas, Aline Pestana Lima, o auxílio em todas as horas e a generosidade em compartilhar suas experiências e conhecimentos; e Gabriela Lanzoni, o preciso auxílio com a pesquisa qualitativa e ter sido uma fonte de inspiração como pesquisadora.

À Bárbara Forgearini, minha fiel escudeira, a ajuda com a coleta dos dados e revisão da tese; e também os bons momento que vivemos juntas durante esse período.

Ao grupo de pesquisa NUCRON e seus integrantes, a acolhida no grupo, os momentos de aprendizado e trocas de saberes.

Aos professores e colegas da *Kent State University's College of Nursing*, em especial às Dras. Ratchneewan Ross e Mary Anthony, o carinho com que me receberam, toda a atenção dispensada e os esforços para que eu pudesse aproveitar ao máximo a experiência do Doutorado Sanduíche.

À Família Griffiths (Karen e Wayne), minha família americana, o acolhimento caloroso e a amizade e todo auxílio dispensado durante o Doutorado Sanduíche nos Estados Unidos.

Aos fisioterapeutas Rodrigo Knnaben e Karina K. Correa que participaram desde a concepção do projeto desse estudo e possibilitaram a realização do mesmo, abrindo as portas das unidades de saúde. Tenho orgulho de ter colegas de profissão que acreditam no potencial do SUS e da Atenção Básica à Saúde e lutam para fortalecer e ampliar nossa atuação nesse cenário.

Aos profissionais de Educação Física e Fisioterapeutas das equipes NASF, em especial à Cecília, Gabriela, Cibele e Raquel, que me receberam e apoiaram nas unidades de saúde, possibilitando a coleta dos dados. Meu agradecimento também aos demais profissionais de saúde do distrito sanitário que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram com suas experiências.

Aos professores e Doutores: Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva, Dra. Larissa Riani Costa, Dra. Gladys Brodersen, Dra. Juliana Barcellos de Souza, Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo, Dra. Ana Lúcia Schaeffer de Mello e Dr. Jamir João Sardá Junior, a aceitação de comporem a banca examinadora desta Tese e as contribuições para aprimorá-la.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis, a autorização para a realização dessa pesquisa no município e favorecer a articulação entre pesquisa e serviço de saúde.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a qualidade de ensino e excelência em pesquisa, que contribuíram para o meu desenvolvimento e formação acadêmica.

À Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a concessão do meu afastamento para capacitação, possibilitando minha qualificação acadêmica e científica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a concessão da minha Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior, e o incentivo à educação e intercâmbio de conhecimento.

E finalmente, às pessoas com Dor Lombar Crônica, que participaram da pesquisa e que lutam todos os dias para que a dor não vença sua persistência em buscar uma vida melhor. Muito obrigada pela confiança em nosso trabalho! Espero que essa pesquisa contribua para construirmos juntos novos caminhos para o cuidado de pessoas com dor crônica.

“A mente que se abre a uma nova
ideia jamais volta ao seu tamanho
original”

Albert Einstein

KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz. **O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. 380p.

RESUMO

Estudo com objetivo de compreender o cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica para o desenvolvimento de um modelo de cuidado na Atenção Básica à Saúde, em um município catarinense. Trata-se de pesquisa de Métodos Mistos com desenho paralelo convergente, integrando um estudo quantitativo transversal com 91 pessoas com Dor Lombar Crônica, e estudo qualitativo, utilizando Teoria Fundamentada nos Dados com 29 participantes (profissionais de saúde da Atenção Básica e pessoas com dor lombar crônica). Os dados quantitativos foram coletados utilizando um formulário (dados sociodemográficos, condições de saúde, utilização dos serviços de saúde), o *Questionário Roland Morris* para avaliar incapacidade funcional, e o *The Medical Outcomes Study 36item Short-Form health Survey (SF-36)* para avaliar a qualidade de vida. A análise foi realizada através da estatística descritiva e inferencial, para análise dos fatores relacionados com a incapacidade funcional (testes do X^2 ou exato de Fisher para associação univariada, e Regressão Logística Hierarquizada, $p < 0,05$, para análise multivariada). Os dados qualitativos foram coletados através de observação e entrevistas, sendo analisados através da codificação: inicial; e, seletiva e focalizada. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2014 a outubro de 2015, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os dados quantitativos apontaram que os principais fatores associados com incapacidade foram: idade (adulto), situação profissional (inativo) e não praticar atividade física. No estudo qualitativo, evidenciou-se o fenômeno: “Cuidando da pessoa com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica à Saúde”, que é sustentado por 8 categorias e 27 subcategorias. A articulação entre as categorias mostra que o cuidado está estruturado num contexto dinâmico e complexo da Atenção Básica, através da interação entre profissionais de saúde e pessoas com Dor Lombar Crônica, sendo moldado pelas concepções e crenças que ambos possuem em relação a essa condição e ao cuidado. O mesmo é organizado através de fluxos para os serviços na Atenção Básica e para os outros pontos de atenção e desenvolvido através de estratégias de cuidado (relacionais, instrumentais, educativas, terapêuticas e de

gestão), sendo também influenciado por fatores relacionados com: estrutura e organização dos serviços da Atenção Básica, e com a relação com outros pontos de atenção e setores (previdência social, trabalho, educação). Os resultados do cuidado estão associados com as expectativas das pessoas em relação à resolução completa da dor e, apesar das ações ofertadas produzirem efeitos positivos no controle dos sintomas, não é considerado suficiente para as pessoas. A integração dos dados permitiu sustentar a tese que o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica à Saúde precisa ser configurado, considerando as características e o contexto de vida; e também a multidimensionalidade e as implicações da cronicidade dessa condição no processo de viver. O modelo atual apresenta limitações em relação à organização e à resolutividade do cuidado, mas é favorável para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica em função de suas potencialidades e da proposta de cuidado pautada na integralidade e na promoção da saúde.

Palavras-Chave: Dor Lombar Crônica. Modelo de Cuidado. Atenção Primária à Saúde.

KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz. **The care of people with chronic low back pain and the model of care in Primary Health Care.** PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2016. 380p.

ABSTRACT

A study to understand the care of people with chronic low back pain for developing a care model in primary health care, in a municipal in the state of Santa Catarina. This is a mixed method research with a converging parallel design, integrating a cross-sectional quantitative study of 91 people with chronic lower back pain and a qualitative study using Grounded Theory with 29 participants (health professionals in primary care and people with chronic lower back pain). Quantitative data were collected using a form (sociodemographic data, health status, use of health services). *The Roland Morris* questionnaire was used to assess functional disability, and *The Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF-36)* for assessing quality of life. The analysis was performed using descriptive and inferential statistics, in order to analyze the factors related to disability (Fisher's exact test or X² for univariate association, and Hierarchical logistic regression, $p < 0.05$, for multivariate analysis). Qualitative data were collected through observation and interviews, and analyzed by encoding: initial, selective and focused. After approval was granted from the Ethics Committee in the institution. Data collection occurred from September 2014 to October 2015. The figures showed that the main factors associated with disability were age (adult), employment status (inactive) and no physical activity. In the qualitative study, evidence of the phenomenon: "Taking care of the person with Chronic Low Back Pain in Primary Care", is supported by 8 categories and 27 subcategories. The link between the categories shows that care is structured in a dynamic and complex context of primary care, through the interaction between health professionals and the people with chronic low back pain being shaped by ideas and beliefs that both have in relation to this condition and in relation to the care required. The same is organized by the flow of services in primary care and in the other areas of attention and is developed through care strategies (relational, instrumental, educational, therapeutic and managerial), and is influenced by factors related to: structure and organization of primary care services and the relationship with other points of attention and sectors (social security, labor,

education). The care outcomes are associated with people's expectations regarding the complete resolution of pain and, despite having a positive effect in controlling symptoms, it is not considered sufficient for people. The integration of data was used to support the thesis that the care of people with chronic low back pain in primary care needs to be implemented while considering the characteristics and context of life; and also the multidimensionality and the implications of the chronicity of this condition in the living process. The current model has limitations in relation to the organization and care resolution, but it is favorable for the care of people with chronic low back pain due to its potential and care proposal guided by comprehensiveness and health promotion.

Keywords: Chronic Low Back Pain. Model of Care. Primary Health Care.

KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz. **El cuidado de personas con dolor lumbar crónico y el modelo de cuidados en Atención Primaria de Salud.** Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. 380p.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo entender el cuidado de las personas con dolor lumbar crónico para el desarrollo de un modelo de cuidado en la atención primaria de salud, en un municipio de Santa Catarina. Es una investigación de métodos mixtos (diseño paralelo convergente), con la integración de un estudio cuantitativo transversal (91 personas con dolor lumbar crónico) y estudio cualitativo mediante la teoría fundamentada (29 participantes, profesionales y personas con dolor lumbar crónico). Los datos cuantitativos fueron recolectados con un formulario (datos sociodemográficos, estado de salud, el uso de los servicios de salud), el cuestionario de Roland Morris para evaluar la incapacidad funcional, y la Encuesta de Salud Short Form El Estudio de Resultados Médicos 36ítem (SF-36) para evaluación de la calidad de vida. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, para el análisis de los factores asociados a la incapacidad funcional (prueba exacta de Fisher o X^2 ; regresión logística jerárquica, $p < 0,05$). Los datos cualitativos fueron recolectados a través de la observación y entrevistas, y se analizaron a través de la codificación inicial, selectiva y enfocada. Los datos fueron recolectados a partir de septiembre/2014 a octubre/2015, después de la aprobación del Comité de Ética de la Institución. Los resultados muestran que los principales factores asociados a la discapacidad fueron la edad (adultos), situación laboral (inactivos) y ninguna actividad física. En el estudio cualitativo, la evidencia del fenómeno: "El cuidado de personas con dolor lumbar crónico en atención primaria", que se apoya en 8 categorías y 27 subcategorías. El vínculo entre las categorías muestra que la atención se estructura en un contexto dinámico y complejo de la atención primaria, a través de la interacción entre los profesionales y las personas, siendo en forma de ideas y creencias que ambos tienen en relación con esta condición y el cuidar. La misma está organizada a través de flujos de servicios en atención Primaria y otros puntos de atención, y se desarrollaron a través de estrategias (relacional, instrumental, educativa, terapéutica y de gestión), y también se ve influenciada por factores relacionados con: estructura y organización de los servicios, y la

relación con otros puntos de atención y sectores (seguridad social, trabajo, educación). Los resultados de la atención se asocian con las expectativas con respecto a la resolución completa del dolor y, a pesar que de las acciones ofrecidas tienen un efecto positivo en el control de los síntomas, no se consideran suficientes. La integración de los datos permitió apoyar la tesis de que el cuidado en atención primaria necesita ser configurado a través de un nuevo modelo que tenga en cuenta las características y el contexto de la vida; así como las implicaciones multidimensionales de la cronicidad de esta enfermedad en el proceso de la vida. El modelo actual tiene limitaciones en relación con la resolución de la organización y la atención, pero es favorable para el cuidado debido a su potencial y guiarse por la propuesta de la integridad e de y la promoción de la salud.

Palabras clave: Dolor Lumbar Crónico. Modelo de Atención. Atención Primária de Salud.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
DLC	Dor Lombar Crônica
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde em Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
QRM	Questionário Roland Morris
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SF-36	Questionário Qualidade de Vida – Short Form -36
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “Low back pain” AND “Prevalence” no contexto mundial.....	47
Figura 2 - Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (CCM).....	55
Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	58
Figura 4 - Características do modelo biomédico e da ESF/PNAB como principais estratégias de mudanças no modelo assistencial.....	65
Figura 5 - Versão prototípica do Projeto Paralelo Convergente.....	78
Figura 6 – Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra.....	83
Figura 7 - Processo da Teoria Fundamentada na perspectiva construtivista de Charmaz.....	97
Figura 8 - Exemplo de uma entrevista transcrita e os códigos atribuídos na Etapa de codificação inicial.....	101
Figura 9 - Exemplo de códigos agrupados em uma das categorias que emergiram da análise.....	102
Figura 10 - Exemplo de um Memorando realizado durante a análise dos dados.....	103
Figura 11 - Exemplo de um Diagrama realizado durante a análise dos dados.....	103
Figura 12 – Representação das ações das equipes de ESF.....	149
Figura 13 - Estratégias da Atenção Básica para o cuidado das pessoas com Dor lombar Crônica.....	171

Figura 14 - Fluxo de encaminhamentos dos serviços para as pessoas com Dor Lombar Crônica.....	194
Figura 15 - - Fatores que interferem no cuidado, relacionados à estrutura e organização dos serviços da AB.....	203
Figura 16 - Representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas.....	225

Manuscrito 1

Figura 1 – Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra.....	229
---	-----

Manuscrito 3

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção da amostra para coleta dos dados quantitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2016.....	283
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aspectos envolvidos no planejamento do desenho da pesquisa de métodos mistos.....	75
Quadro 2 – Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos...	77
Quadro 3 - Distribuição por região distrital, do número de pessoas com Dor Lombar Crônica que foram inseridas na lista de espera para atendimento Fisioterapêutico, no ano de 2012, no município de Florianópolis.....	79
Quadro 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa por unidades de saúde.....	84
Quadro 5 - Comparação entre as correntes de Teoria Fundamentada nos Dados.....	95
Quadro 6 – Caracterização dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa qualitativa, Florianópolis, 2016.....	116
Quadro 7 – Caracterização das pessoas com DLC que participaram da pesquisa qualitativa, Florianópolis, 2016.....	117
Quadro 8 - Categorias e subcategorias do fenômeno “Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde”.....	117

Manuscrito 1

Quadro 1 - Categorias e suas respectivas subcategorias.....	249
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pessoas com DLC participantes do estudo. Florianópolis, 2016.....	106
Tabela 2 - Distribuição de Frequência e percentuais das características profissionais das pessoas com DLC participantes do estudo. Florianópolis, 2016.....	107
Tabela 3 - Características das condições de saúde e hábitos de vida dos participantes do estudo. Florianópolis, 2016.....	109
Tabela 4 - Características Clínicas das pessoas com DLC. Florianópolis, 2016.....	111
Tabela 5 - Modalidades de tratamento utilizadas pelas pessoas com DLC. Florianópolis, 2016.....	113
Tabela 6 - Características relacionadas ao cuidado das pessoas com DLC (utilização dos serviços, orientações para o cuidado) Florianópolis, SC, Brasil, 2016.....	114

Manuscrito 1

Tabela 1 - Análise univariada entre Incapacidade Funcional Percebida e variáveis sociodemográficas e comportamentais, em usuários da Atenção Primária com queixa de dor lombar crônica (n=91). Florianópolis, 2015.....	233
Tabela 2 - Análise univariada entre Incapacidade Funcional Percebida e variáveis relacionadas às condições clínicas e de saúde e tratamentos, em usuários da Atenção Primária com queixa de dor lombar crônica (n=91). Florianópolis, 2015.....	234
Tabela 3 – Estimativas da razão de prevalência de incapacidade pelo modelo de regressão de Poisson – Florianópolis, 2015.....	235

Manuscrito 3

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais das pessoas com Dor Lombar Crônica (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016..... 285

Tabela 2 - Características das condições de saúde e hábitos de vida das pessoas com Dor Lombar Crônica (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016..... 289

Tabela 3 - Características relacionadas aos serviços utilizados pelas pessoas para o cuidado da DLC (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016..... 293

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	33
2 OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	43
3.1 DOR LOMBAR COMO CONDIÇÃO CRÔNICA	43
3.2 MODELOS PARA O CUIDADO DA DOR LOMBAR CRÔNICA.....	49
3.2.1 Os modelos utilizados na saúde.....	49
3.2.2 Modelos utilizados no tratamento de pacientes com dor lombar crônica.....	52
3.2.3 Políticas e Diretrizes para o cuidado da Dor Lombar Crônica na realidade brasileira.....	59
3.3 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	62
4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	71
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	75
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	75
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA	78
5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	81
5.3.1. Estudo quantitativo – As pessoas com Dor Lombar Crônica e o atendimento na Atenção Básica.....	81
5.3.2 Estudo qualitativo - O cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica oferecido na Atenção Básica	92
5.3.2.1. <i>Processo de Amostragem Teórica</i>	98
5.3.2.2 <i>Técnicas e coleta de Dados</i>	99
5.3.2.3. <i>Análise dos Dados</i>	100
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	104
6 RESULTADOS.....	105

6.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS	105
6.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	115
6.2.1 Categoria: Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica	119
6.2.1.1 <i>Construindo o cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica</i>	<i>119</i>
6.2.1.2. <i>Conhecendo a proposta da Atenção Básica para o cuidado de pessoa com Dor Lombar Crônica</i>	<i>121</i>
6.2.1.3 <i>Revelando as Potencialidades de cuidar no contexto da Atenção Básica.....</i>	<i>123</i>
6.2.1.4 <i>Compreendendo cada território como um contexto para o cuidado.....</i>	<i>125</i>
6.2.2 <i>Categoria: Desvelando as Concepções e Crenças sobre o cuidado da Dor Lombar Crônica.....</i>	<i>127</i>
6.2.2.1 <i>“Desvelando concepções e crenças das pessoas com Dor Lombar Crônica sobre o seu cuidado”</i>	<i>127</i>
6.2.2.2. <i>Desvelando concepções e crenças dos profissionais sobre as pessoas e o cuidado da Dor Lombar Crônica</i>	<i>130</i>
6.2.3 Categoria: Conhecendo as pessoas que convivem com a Dor Lombar Crônica e buscam o cuidado na Atenção Básica	137
6.2.3.1. <i>Destacando as características das pessoas com Dor Lombar Crônica.....</i>	<i>137</i>
6.2.3.2 <i>Conhecendo a DLC enquanto condição crônica</i>	<i>138</i>
6.2.3.3 <i>Estabelecendo quando as pessoas buscam o cuidado</i>	<i>140</i>
6.2.3.4 <i>Destacando as estratégias que as pessoas com Dor Lombar Crônica utilizam no cuidado:.....</i>	<i>142</i>
6.2.4 Revelando o papel e a interação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica.....	145
6.2.4.1 <i>Revelando o preparo dos profissionais para o cuidado da DLC através da formação e experiência profissional</i>	<i>145</i>
6.2.4.2 <i>O papel dos profissionais e das equipes de ESF no cuidado da DLC.....</i>	<i>148</i>
6.2.4.3 <i>Revelando o papel das equipes e dos profissionais da NASF no cuidado da DLC</i>	<i>159</i>
6.2.4.4 <i>Reconhecendo os desafios para concretizar ações de trabalho em equipe</i>	<i>165</i>
6.2.5 Desvelando as Estratégias/Ferramentas para o cuidado das pessoas com DLC na AB	170

6.2.5.1 Desvelando Estratégias Relacionais para o Cuidado da DLC.....	172
6.2.5.2 Desvelando as Estratégias Instrumentais para o cuidado da DLC.....	176
6.2.5.3 Desvelando as Estratégias Terapêuticas para o cuidado da Dor Lombar Crônica.....	183
6.2.5.4 Estratégias Educativas para o cuidado da DLC.....	186
6.2.5.5 Revelando Estratégias de Gestão para o Cuidado.....	188
6.2.6 Categoria: Organizando o serviço e estabelecendo o cuidado	192
6.2.6.1 Conhecendo as formas de acesso aos serviços da Atenção Básica.....	192
6.2.6.2 Estabelecendo os serviços e o fluxo de cuidados na Atenção Básica.....	193
6.2.6.3 Estabelecendo o fluxo de encaminhamentos para outros níveis de atenção.....	197
6.2.7 Categoria: Revelando os fatores que interferem no cuidado	201
6.2.7.1 Revelando fatores relacionados à estrutura e organização dos serviços da AB.....	202
6.2.7.2 Revelando fatores relacionados com outros pontos de atenção e serviços privados.....	211
6.2.7.3 Revelando fatores relacionados com outros setores.....	213
6.2.8 Categoria: Avaliando os resultados do cuidado	216
6.2.8.1 Considerando as expectativas das pessoas com DLC sobre o cuidado.....	216
6.2.8.2 Conhecendo as percepções sobre os resultados do cuidado.....	219
6.2.9 Articulação entre as categorias e sua relação com o fenômeno: “Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde”	223
6.2 MANUSCRITO 1 – INCAPACIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	226
6.3 MANUSCRITO 2 – O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	244
6.4 MANUSCRITO 3 - PERFIL DOS USUÁRIOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E O CUIDADO OFERTADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS.....	278

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	309
REFERÊNCIAS	319
APÊNDICES	349
ANEXOS.....	367

1 INTRODUÇÃO

A dor lombar é uma das afecções musculoesqueléticas mais comuns e sua importância pode ser constatada pelas medidas de prevalência na população geral, (DAGENAIS; CARO; HALDEMAN, 2008; HOY et al., 2012; MEUCCI; FASSA; FARIA, 2015; GOUVEIA et al., 2016; MACFARLANE et al., 2012), podendo atingir homens e mulheres em diferentes faixas etárias (BALANGUÉ et al., 2012; JEFFRIES; MILANESE; GRIMMER-SOMERS, 2007; PALACIOS-CEÑA et al., 2015). Trata-se também de um problema de saúde pública, sendo considerada uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho, de incapacidade temporária ou permanente e mesmo de invalidez na idade adulta, (DAGENAIS; CARO; HALDEMAN, 2008; WYNNE-JONES; DUNN; MAIN, 2008; BLYTH, 2008), gerando alto custo econômico para os sistemas de seguridade social e para a saúde.

A lombalgia pode ser definida como um conjunto de sintomas que abrange: dor, tensão muscular e/ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem irradiação para as pernas (AIRAKSINEM et al., 2006; AUSTRÁLIA, 2009). A mesma pode apresentar diversas etiologias: doenças inflamatórias, degenerativas, neoplásicas, defeitos congênitos, debilidade muscular, predisposição reumática e sinais de degeneração da vértebra e dos discos intervertebrais (SILVA; FASSA; VALE, 2004; KARPPINEM, 2011). Ressalta-se ainda, que, em muitos casos, o quadro doloroso é resultante de uma combinação de várias causas, e em apenas uma pequena porcentagem dos casos é possível determinar a principal causa da dor.

A maioria dos casos de dor lombar se resolve entre 8 e 12 semanas, mas, em aproximadamente 15% das pessoas, os sintomas persistem após o terceiro mês (GORE et al., 2012), tornando-se “crônica” e resultando em períodos de dor intensa, limitações físicas significativas e prejuízo das atividades diárias e laborais (ANDERSSON, 1999; EKMAN et al., 2005; GORE et al., 2012).

Nos casos onde a dor lombar perdura por um tempo superior a três meses, o fenômeno passa a ser denominado como “Dor Lombar Crônica” – DLC, e assim como outras condições crônicas, torna-se um fenômeno mais complexo, que requer uma lógica de cuidado diferente daquela dispensando às condições agudas. As condições crônicas são definidas por Mendes (2012) como aquelas condições de saúde com

tempo de duração mais longo ou permanente; que exigem do sistema de atenção à saúde, dos profissionais e usuários, uma forma de enfrentamento pautada em ações: contínuas, proativas e integradas; com foco nas pessoas e nas famílias, por meio de cuidados planejados conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias. Essas condições são responsáveis por impor limites à vida, não somente na dimensão biológica, mas em diferentes dimensões e sentidos, e comprometem a qualidade de vida (CASTELLANOS, 2015).

O impacto econômico gerado pela condição crônica de doenças como a dor lombar é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) como uma das grandes preocupações, por acarretar prejuízos na vida dos indivíduos e na sociedade. Como uma grande parcela dos doentes se encontra numa faixa etária economicamente ativa, o impacto da doença crônica também atinge o governo, os empregadores e, conseqüentemente, a sociedade, que perde mão de obra devido à incapacidade, gerando também maiores custos para previdência social.

No Brasil há poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência da Dor Lombar no Brasil (BARROS et al., 2006; SILVA; FASSA; VALLE, 2004; ALMEIDA et al., 2008; BARROS et al., 2011; ZANUTTO et al., 2015) e não foram encontrados estudos que relatassem esses valores na capital catarinense. Em revisão sistemática conduzida por Nascimento e Costa (2015), para avaliar a prevalência de dor lombar no Brasil, os pesquisadores consideraram que os estudos não foram representativos para população e, em função das fragilidades metodológicas, afirmam que ainda não é possível estimar a prevalência dessa condição no país. Os resultados das pesquisas realizadas em algumas cidades brasileiras sugerem uma prevalência maior em adultos e idosos, de ambos os sexos (mas com maior prevalência para as mulheres), com menor condição socioeconômica e baixo nível educacional. No entanto, no estudo de Meucci e colaboradores (2013), os pesquisadores relataram que na cidade de Pelotas/RS, a prevalência de DLC dobrou nos últimos oito anos, em quase todas as categorias estudadas, mas principalmente, em indivíduos jovens, com maior nível educacional e condição socioeconômica, contrariando os resultados anteriores e apontando a necessidade de outros estudos sobre as características demográficas e fatores de risco dessa condição no cenário nacional.

A dor tem sido frequentemente considerada como um sintoma que serve como um sinal de alerta para um processo de agressão ao

organismo, e dentro deste modelo (biomédico) o objetivo do tratamento consiste em identificar o agente causal para conduzir o tratamento e alcançar a resolução do problema. No entanto, quando a dor se torna crônica, o processamento anormal do estímulo doloroso pode sensibilizar várias áreas corticais relacionadas com diferentes funções e produzindo uma variedade de alterações (cognitivas, motoras, emocionais) (GIESECKE et al., 2004; ROUSSEL et al., 2013). Além disso, uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais tem sido apontada como preditora do desenvolvimento da cronicidade e/ou persistência do quadro doloroso (GATCHEL et al., 2007; BALANGUÉ et al., 2012).

As pessoas com Dor Lombar Crônica (DLC) costumam relatar queixas de incapacidade para realizar as atividades de vida diária, tais como: tomar banho, vestir-se, carregar ou levantar pesos e objetos, andar, subir e descer degraus, utilizar o transporte público (OCARINO et al., 2009); e também as atividades profissionais, sociais e de lazer (TSUKIMOTO et al., 2006; WYNNE-JONES; DUNN; MAIN, 2008; BEAUDREUIL, 2012), pois as limitações funcionais e as restrições de movimentos provocadas pela doença impedem que o indivíduo exerça plenamente as tarefas que fazem parte do seu cotidiano. As limitações provocadas por essa condição interferem diretamente no convívio familiar e social, pois sofrem com as dificuldades em legitimar sua condição perante familiares, amigos e colegas de trabalho, uma vez que a dor e a incapacidade não são aspectos aparentes (SOUZA; FRANK, 2011; BAILLY et al., 2015). Soma-se ainda nesse contexto, a dificuldade do indivíduo em compreender a condição crônica de sua doença, causando-lhe frustrações ao perceber que os tratamentos não implicam na “cura” tão almejada (HOPAYAN; NOTLEY, 2014).

Os pacientes com “dor crônica” estão entre os mais frequentes usuários do sistema de saúde (ERIKSEN et al., 2004). Nos Estados Unidos a dor lombar é a segunda maior causa de visitas ao médico (GORE et al., 2012). No Brasil, no entanto, poucos estudos abordam a prevalência de usuários que buscam os serviços de saúde por causa da DLC, sendo muitas vezes subnotificada ou não registrada adequadamente, assim como ocorre com outras condições crônicas de origem musculoesquelética (MATA et al., 2011). Um estudo sobre a prevalência de dor lombar em usuários de um plano de saúde privado, na cidade de São Leopoldo (RS), apontou que 52,8% dos pacientes apresentavam dor lombar (MATOS et al., 2008) e, embora não tenham sido encontrados estudos realizados na rede pública, acredita-se que o

número de usuários que procuram os serviços públicos em função da dor lombar crônica também seja bastante elevado.

Na pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD), as dores da coluna são a segunda condição mais prevalente, entre as patologias crônicas identificadas por médicos e outros profissionais de saúde, sendo apenas superadas pelos casos de Hipertensão (IBGE, 2010). Outras pesquisas também apontam que pessoas com Dor Lombar Crônica são mais propensas a procurar tratamento e usar mais serviços de saúde (MORTIMER; AHLBERG; GROUP, 2003; IJZELENBERG; BURDORF, 2004; VON KORFF et al., 2007; GORE et al., 2012), em relação aos indivíduos com lombalgia aguda. Essa característica pode estar associada à limitação das atividades em função da dor crônica por longo período, bem como, às condições psicológicas e psiquiátricas relacionadas à doença (REME et al., 2011), tornando a mesma um fenômeno multicausal complexo que precisa ser melhor compreendido para tornar os tratamentos oferecidos pelos serviços de saúde mais eficazes.

As condições crônicas têm sido alvo das atuais políticas de saúde (BRASIL, 2008; 2011; 2012; 2013), e também das pesquisas em saúde. Nos últimos anos, tendo participado do grupo de pesquisa NUCRON - Núcleo de Estudos e Assistência de Enfermagem e Saúde em Condições Crônicas, que desenvolve estudos sobre o cuidado e o processo de viver das pessoas em diferentes condições crônicas, esta pesquisadora constatou a importância de compreender as necessidades em saúde das pessoas convivendo com condições crônicas e que novas propostas precisam ser configuradas para proporcionar um cuidado mais eficaz e centrado nas pessoas que as vivenciam.

O cuidado a essas condições deve estar pautado em princípios como: (a) *integração* (OMS, 2003), no qual todos os atores do processo (pacientes, comunidade, profissionais e organizações de saúde) trabalham em conjunto para alcançar melhores resultados; e (b) *gerenciamento da condição crônica* pelo próprio paciente, ao reconhecer que o mesmo pode gerenciar de forma mais efetiva as condições crônicas com o apoio das equipes de saúde e da comunidade, desempenhando funções essenciais na busca de melhores soluções para a sua condição (WEINER; NORDIN, 2010).

Em sua experiência como coordenadora e Fisioterapeuta da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a autora pôde acompanhar o grande número de pessoas com DLC que procura o serviço de Fisioterapia, sendo a

condição de maior prevalência nas listas de pacientes encaminhadas pelas Policlínicas do Município de Florianópolis. A maioria das pessoas com DLC não tem consciência da condição crônica que a atinge e frustra-se com os tratamentos oferecidos por médicos e fisioterapeutas, que por sua vez, ainda estão presos a um modelo de atenção biomédico, ou seja, centrado apenas nas lesões identificadas em exames e não nas queixas e necessidades do paciente. Esse processo cria um círculo vicioso, fazendo com que as pessoas recorram inúmeras vezes ao serviço de saúde, aumentando a demanda de atendimentos.

Durante a busca por cuidados em saúde, as pessoas com DLC também não encontram uma Rede de Atenção devidamente estruturada, que proporcione uma atenção contínua, integral e de qualidade, haja vista que o cuidado ofertado ainda é centrado no atendimento especializado, focado nos quadros agudos, e com o funcionamento precário do sistema de referência e contrarreferência.

O cuidado às pessoas com DLC tem sido considerado por alguns pesquisadores como inadequado e insuficiente, tanto na perspectiva do usuário (UPSHUR; BACIGALUPE; LUCKMAN, 2010; HOPAYAN et al., 2014), que se sente desamparado em relação ao seu problema de saúde, como na perspectiva do profissional, que também se sente frustrado por não obter resultados satisfatórios no tratamento desses indivíduos. Nesse sentido, os estudos de Epping-Jordan e outros (2004) e Upshur, Bacigalupe e Luckman (2010), discutiram sobre a ineficácia do modelo predominante nos serviços de saúde, que não está configurado para compreender e enfrentar problemas complexos e multideterminados, como são a maioria das doenças crônicas. Hudon e outros, (2012) também apontam para a necessidade da construção de novos caminhos para um cuidado/tratamento a saúde, que reconheça a legitimidade da experiência vivida pelas pessoas e esteja voltado para a realidade e necessidades das mesmas.

As ações em saúde costumam ser norteadas por Modelos de Cuidado, que são estruturas de conhecimento que possibilitam o planejamento e a sistematização da assistência (PAIM, 2003; ROCHA; PRADO, 2008), seja numa abordagem ampla ou específica para uma determinada condição. As concepções e os tipos de organização dos modelos estão vinculados ao contexto histórico e à forma como o processo saúde/doença é compreendido. No Brasil, apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ter buscado ampliar o conceito de saúde e incorporar o princípio da integralidade do cuidado, a abordagem utilizada para o cuidado de condições crônicas, como a

DLC, ainda é pautada em modelos orientados pela doença (com enfoque biológico), desconsiderando a influência dos fatores psicossociais e ambientais, e que o cuidado das condições crônicas precisa ser partilhado com os sujeitos que a vivenciam (GARNELO et al., 2014; FERTONANI et al., 2015). Fertonani e colaboradores (2015), também apontam a necessidade de construir novos modelos que estejam em sintonia com os princípios do SUS e que possam superar a hegemonia do paradigma biomédico. Para isso, destacam que os mesmos precisam readequar as práticas de cuidado e corresponder às necessidades dos usuários.

Entre os modelos existentes para o cuidado de condições crônicas, muitos países (OMS, 2003; BARR et al., 2003; DEPARTMENT OF HEALTH, 2005; SINGH; HAM, 2006, NORWEGIAN DIRECTORADE OF HEALTH, 2008) têm adotado o “*Chronic Care Model*”- CCM, ou versões adaptadas e/ou expandidas deste. O mesmo foi organizado para melhorar a qualidade do cuidado de pessoas em condições crônicas através de uma combinação de equipe de saúde eficaz; suporte à gestão reforçada pelo uso mais eficiente dos recursos da comunidade; apoio ao autocuidado e às decisões das pessoas; tecnologias de informação, entre outros elementos, que devem trabalhar juntos para fortalecer a relação paciente/profissional de saúde e melhorar os resultados de saúde (COLEMAN et al., 2009).

No Brasil, alguns documentos norteadores foram lançados pelo Ministério da Saúde para orientar e preparar os serviços de saúde no enfrentamento das condições crônicas (BRASIL, 2011; MENDES, 2012; BRASIL, 2013). No entanto, as dores crônicas de origem musculoesquelética não estão incluídas nas condições crônicas definidas como prioritárias, não sendo dessa forma contempladas nos programas e investimentos do governo federal. MATA et al (2011) destacam que a forte centralização da forma de se produzir o cuidado (principalmente na Atenção Básica), através da verticalização de programas e ações a partir do nível central de gestão, gera lacunas na busca de novos cenários epidemiológicos e não reflete a demanda real da população no que se refere às suas necessidades de cuidado.

Os modelos de cuidado precisam estar alinhados com a proposta dos sistemas de saúde do país. No Brasil, o Sistema Único de Saúde passou por diversas modificações para qualificar os serviços de saúde e ajustar seu funcionamento para responder à demanda das doenças crônicas. Nesse sentido propõe a organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013), buscando reorientar os

serviços numa lógica que favoreça o acesso, a integralidade e a qualidade do cuidado.

A estrutura operacional das Redes de Atenção tem sua base na Atenção Básica à Saúde - ABS, considerada organizadora e o centro de comunicação entre os diversos pontos da rede. A mesma se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, (no âmbito individual e coletivo), e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a).

Pelas características citadas, é justamente na Atenção Básica que o cuidado à pessoa com DLC deve ser centrado, pois fortalecê-lo produziria resultados mais efetivos e diminuiria a demanda para os outros pontos de atenção. No entanto, ao procurar os serviços da Atenção Básica para o cuidado da DLC, buscando tratamento e informações sobre sua condição, o usuário se depara com um sistema despreparado para atender às suas necessidades, uma vez que o cuidado da Dor Lombar Crônica ainda é centralizado nos serviços da média complexidade.

Recentemente, ao acompanhar o cuidado dessas pessoas na ABS, esta pesquisadora pôde constatar que existem poucas ações voltadas para essa população, que propiciem a promoção de saúde, a integralidade da assistência e que sejam realizadas e planejadas por equipes interdisciplinares. Ainda, tanto os profissionais como os usuários percebem esta necessidade de ampliar e reorganizar os serviços para oferecer um cuidado mais efetivo e que atenda as premissas básicas que sustentam as atividades caracterizadas como Atenção Básica.

Muitos “*guidelines*”, baseados em evidências clínicas (KOES et al., 2010; GREEN, et al., 2006; PILLASTRINI et al., 2012; AIRAKSINEN et al., 2006; DAGENAI; TRICCO; HALDEMAN, 2010), têm sido publicados em diferentes países para servirem como guias aos profissionais que atuam com as pessoas com DLC, nos diferentes níveis de atenção. Embora tenham uma grande importância, são voltados para a eficácia de intervenções terapêuticas específicas e individuais, e poucos abrangem outros aspectos importantes para o cuidado, tais como as estratégias para prevenção e autogerenciamento da dor, e como o serviço deve se organizar para garantir um processo de cuidado eficaz. Além disso, essas “*diretrizes*” muitas vezes são

produzidas em outros contextos, diferentes da realidade brasileira, tornando difícil sua implementação no cenário nacional, pois os mesmos não foram elaborados considerando o sistema de saúde, as políticas públicas, bem como a oferta de profissionais e serviços disponíveis no Brasil.

Observa-se ainda que a maioria das pesquisas nesse tema é direcionada ao desenvolvimento de tratamentos ou condutas terapêuticas específicas, enquanto há carência de estudos sobre a estrutura e organização do cuidado, voltados para pessoas com DLC, principalmente nos serviços da Atenção Básica à Saúde. Desse modo, o presente estudo pretende responder às seguintes questões: **Como as pessoas com DLC são cuidadas na Atenção Básica à Saúde?**

Diante da situação exposta, percebe-se a necessidade de investigar o cuidado para a pessoa com DLC, voltado para a Atenção Básica, buscando informações que possam contribuir para aprimorar a organização dos serviços de saúde para essas pessoas, bem como propor reflexões sobre as ações e a conduta dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade e a resolutividade do cuidado.

A pesquisa também contribuirá no processo de construção do conhecimento do Núcleo de Estudos em Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condições Crônicas (NUCRON) do qual se faz parte, na linha de pesquisa: “Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas em Saúde”, uma vez que o conhecimento sobre cuidado à saúde das pessoas com Dor Lombar Crônica, pode melhor sustentar as práticas em saúde para essa população, e fortalecer as evidências principalmente nas temáticas relacionadas ao estudo, tais como: Modelos de Cuidado e Cuidado em Saúde de Condições Crônicas na Atenção Básica.

O estudo propõe a **tese** de que a Dor lombar Crônica é uma condição multidimensional que traz repercussões na vida das pessoas, e necessita de um cuidado realizado por uma equipe multiprofissional. Exige mudança na lógica de cuidado dos profissionais de saúde, a partir da reorganização da rede de atenção, tendo a Atenção Básica como referência para garantir a continuidade, integralidade e resolutividade de cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica à Saúde, em um município catarinense, para o desenvolvimento de um modelo de cuidado a estas pessoas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas, hábitos de saúde e a utilização dos serviços de saúde das pessoas com Dor Lombar Crônica atendidas na Atenção Básica do Município de Florianópolis, bem como as relações entre essas variáveis

- Conhecer o significado das práticas de cuidado na perspectiva dos profissionais de saúde e das pessoas com Dor Lombar Crônica, na Atenção Básica do Município de Florianópolis.

- Elaborar pressupostos teóricos para o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica à Saúde, a partir do perfil dos usuários, do discurso dos sujeitos envolvidos e das diretrizes para o cuidado de doenças crônicas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o intuito de evidenciar algumas questões que fundamentam e delimitam a temática deste estudo, apresenta-se a seguir uma síntese elaborada através da seleção de textos, artigos científicos e documentos oficiais, relacionados com o objeto do estudo. A mesma está estruturada em três principais tópicos: o primeiro consiste numa caracterização da dor lombar enquanto condição crônica, a exposição de aspectos epidemiológicos e o impacto dessa condição, assim como algumas características clínicas e seu tratamento; o segundo tópico aborda os conceitos de Modelos de Cuidado e os principais modelos que influenciam as ações de cuidado para DLC, e ainda, os modelos e diretrizes que norteiam os profissionais no cenário brasileiro; e o terceiro e último tópico aborda as características da Atenção Primária no Brasil enquanto cenário para o cuidado do paciente com DLC.

3.1 DOR LOMBAR COMO CONDIÇÃO CRÔNICA

A dor lombar é um problema de saúde comum, que afeta a maioria das pessoas em alguma etapa da vida e, em função da dor e incapacidade provocada por essa condição, causa prejuízos nas atividades de vida diária (SOUZA; FRANK, 2007), e em consequência, nas atividades profissionais e nas relações sociais e familiares dos indivíduos (HOY et al., 2010; SOUZA; FRANK, 2011; BAILLY et al., 2015). No estudo promovido pela Organização Mundial de Saúde, que avalia o impacto global das doenças (GBD, 2010), entre as 291 condições estudadas, a dor lombar é considerada a mais incapacitante e a sexta doença com maior impacto global (HOY et al., 2014).

A dor lombar é definida por um conjunto de sintomas (dor, tensão muscular e/ou rigidez) que acomete a parte inferior da coluna vertebral (entre a margem costal e acima da dobra glútea inferior), com ou sem irradiação para as pernas (KOES; VAN TULDER; THOMAS, 2006). A ciatalgia (causada pela compressão radicular do nervo ciático) é uma das formas de apresentação de dor lombar e é caracterizada pela irradiação da dor para os membros inferiores. Embora a prevalência de dor lombar associada à compressão radicular constitua uma pequena parcela dentro do número total de casos de dor lombar, os mesmos são responsáveis pela maior parte dos custos indiretos e afastamento das atividades profissionais (AIRAKSINEN et al., 2006).

A dor lombar costuma ser classificada clinicamente de acordo com os mecanismos que causam essa disfunção (KARPPINEM, 2011), sendo que: 80 a 90 % dos casos são provocados por causas mecânicas, como a degeneração discal e/ou articular, fratura vertebral e deformidades; 5 a 15% dos casos envolvem causas neurogênicas, como as hérnias de disco e estenose espinhal; 1 a 2% dos casos correspondem a condições não mecânicas, como doenças neoplásicas, infecções e inflamações; 1 a 2% dos casos estão relacionados com dor visceral referida (doenças gastrointestinais, doença renal); e 2 a 4 % dos casos, com outras causas diversas (como a fibromialgia).

Apesar do amplo espectro de causas conhecidas para explicar os motivos que levam os pacientes a desenvolverem dor lombar, estudos (SAVINGY et al., 2009; BALANGUÉ et al., 2012) ressaltam que em aproximadamente 90% dos casos, a origem da dor não pode ser definida e, desta forma, caracterizada como “dor de origem não específica”, apontando para a necessidade de reconhecer que as causas para a dor lombar podem envolver mecanismos mais complexos.

A maioria dos casos de dor lombar se resolve dentro de 8 a 12 semanas, podendo tornar-se crônica quando o tempo de manifestação dos sintomas persiste por mais de três meses e resultando em períodos de dor intensa, limitações físicas significantes e incapacidade funcional (IASP, 1994; BALANGUÉ, 2007; WEINER; NORDIN, 2010). Gore e outros (2012) descrevem que, embora apenas 15% dos casos de dor lombar se tornem crônicos, são bastante incapacitantes e implicam em custos elevados para o sistema de saúde.

A concepção de que a dor é um fenômeno puramente nociceptivo, conduzido e processado periféricamente, tem sido incrementada nas últimas décadas, após estudos de imagem apontarem a existência de muitas áreas corticais que podem ser ativadas em situações que provocam o estímulo doloroso, dando origem à teoria da neuromatriz de dor (BUTLEY; MOSELEY, 2003; FARMER; BALIKI; APKARIANA, 2012). Nos casos de dor crônica, um processamento anormal do estímulo doloroso pode levar à sensibilização de várias áreas corticais (sensibilização central) que interagem e através de mecanismos de neuroplasticidade podem levar à sensibilização persistente dessa área e o desenvolvimento de memórias ligadas à dor (RYGH et al., 2002; WOOLF, 2011; ROUSSEL et al., 2013).

Muitos fatores **biológicos** (genéticos, doenças, idade, gênero); **psicológicos** (ansiedade/depressão, estresse, catastrofização, hipervigilância, ganhos secundários com a dor, crenças e expectativas,

comportamentos de medo e evitação); **sociais** (escolaridade, renda familiar, afastamentos e condições de trabalho, cultura, relações interpessoais.); e **relacionados ao estilo de vida** (tabagismo, obesidade, sedentarismo) podem interferir na perpetuação da dor e/ou desenvolvimento da dor lombar crônica (SILVA; FASSA; VALE; 2004; ALMEIDA et al., 2008; MATOS et al., 2008; HOY et al., 2010; RAMOND et al., 2012; MEUCCI et al., 2013; MEUCCI et al., 2015; BALANGUÉ et al., 2012; COSTA et al., 2009; REME et al., 2011; MATHEW et al., 2013). Nesse sentido, entende-se a DLC como uma condição multideterminada e resultante de uma interação de diversos fatores.

A Dor Lombar Crônica é compreendida nessa pesquisa como uma “condição crônica”, pois, assim como outras condições crônicas (MENDES, 2012), também: (se) inicia e evolue lentamente; apresenta múltiplas causas que variam no tempo (incluindo hereditariedade estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos); e costuma resultar em mais sintomas e progressiva perda de capacidade funcional.

O termo “condição crônica” tem sido amplamente discutido entre as organizações de saúde (OMS, 2003; BRASIL, 2008; MENDES, 2012) e por pesquisadores e profissionais de saúde (FREITAS; MENDES, 2007; NÓBREGA et al., 2010; FARIA; BELLATO, 2010), e apesar das divergências pela complexidade do tema, não é possível defini-lo em poucas palavras, mas alguns aspectos já são bem compreendidos, possibilitando apontar algumas características de uma condição crônica.

As condições crônicas têm início gradual e costuma ser decorrente da interação de múltiplas causas, com tempo de duração indefinido (geralmente longo), e quase sempre sem perspectiva de cura (MENDES, 2011). Atualmente o conceito de “condições crônicas” adotado pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008; MENDES, 2012) abrange as doenças crônicas (transmissíveis e não transmissíveis), bem como os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas, visto que essas duas últimas, da mesma forma exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por um período de tempo. Problemas de saúde constantes, decorrentes de causas distintas, incluem-se na categoria das condições crônicas também.

As condições crônicas se tornaram a principal prioridade na área de saúde do Brasil e em outros países, pela alta prevalência de mortalidade e morbidade que acarretam. A dor lombar crônica não é

uma doença letal, mas a incapacidade provocada pelo quadro algico e a dor persistente levam as pessoas a recorrerem muitas vezes aos serviços de saúde (GORE et al., 2012; BENER; DAFEAH; ALNAQBI, 2014; MATOS et al., 2008; CROWE et al., 2010), e ela se torna, assim, um dos principais motivos de consultas médicas (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010), gerando altos custos em saúde (HONG; REED; HAPPICH, 2013).

Ao investigar os custos em saúde em função da DLC, Becker e colaboradores (2010) concluíram que os custos diretos e indiretos para o cuidado da dor lombar são aproximadamente duas vezes mais altos para os pacientes que apresentam a condição crônica. Gore e outros autores (2012) constataram que o cuidado de pessoas com essa condição gera maiores custos para a saúde, quando comparado com indivíduos sem DLC, e relacionaram esses resultados com o maior número de prescrição de medicações relacionadas à dor e com o aumento na utilização dos recursos de saúde.

O impacto da DLC não afeta somente os serviços de saúde, pois a alta prevalência de pessoas em idade economicamente ativa (SCHNEIDER et al., 2005, BARROS et al., 2006; DAGENAIS; CARO; HALDEMAN, 2008; HOY et al., 2010) também gera grande impacto econômico em função do grande número de faltas e afastamentos do trabalho (GHAFARI et al., 2008; HOY et al., 2010; GARCIA; VIEIRA; GARCIA, 2013). O impacto econômico atinge os indivíduos por meio das limitações profissionais causadas pela doença; os empregadores, que perdem sua mão de obra; e ainda o governo, com os gastos com a previdência social.

No Brasil, a temática sobre prevalência de casos de dor lombar crônica ainda é pouco explorada. Em uma busca ao banco de dados *Gopubmed*®, um serviço gratuito disponível na web que consulta a base *PubMed-Medline*, com as palavras "*Low Back Pain*"[mesh] AND *Prevalence*[mesh] AND "*Cross-Sectional Studies*"[mesh], 659 estudos foram encontrados (Figura 1), e embora o Brasil seja o quarto país com o maior número de publicações encontradas (34), apenas 4 estudos investigaram especificamente a dor crônica na região lombar e apenas 2 foram realizados utilizando pessoas usuárias dos serviços de saúde.

Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “Low back pain” AND “Prevalence” no contexto mundial.



Fonte: Gopubmed®, 2016.

Em uma revisão sistemática realizada por Meucci, Fassa e Faria (2015), para estimar a prevalência mundial de DLC, os pesquisadores encontraram uma variação da prevalência em função da idade de 3,9% a 25,4%, aumentando linearmente da terceira década de vida até os sessenta anos de idade, sendo também mais prevalente em mulheres.

Estudos que investigaram a prevalência da Dor Lombar Crônica em cidades brasileiras foram realizados por Almeida e colaboradores (2008), na cidade de Salvador e por Meucci e outros autores (2013), na cidade de Pelotas, encontrando prevalências distintas, de 14,7% e 9,6%, respectivamente. Embora a discrepância entre estes estudos possa estar vinculada à diferença nos critérios de cronicidade adotados (o primeiro estudo considera a dor lombar como crônica quando os sintomas perduram por mais de seis meses e no segundo estudo, após três meses de sintomas), estes resultados apontam para necessidade de mais pesquisas em outros estados brasileiros, visto que as características regionais também poderão estar relacionadas com os resultados.

Na pesquisa conduzida por Matos e outros (2008), ao investigar a prevalência de dor lombar em usuários de um plano de saúde de uma cidade no sul do país, encontrou uma prevalência de dor lombar de 52,8% (dor percebida nos últimos doze meses) em uma amostra de 775 usuários adultos, sendo que entre os indivíduos que tiveram dor lombar

nos últimos três meses, verificou-se que 29,9% relataram ter tido dificuldade para realizar as suas atividades de vida diária ou no trabalho.

A incapacidade é a segunda maior queixa desses pacientes e quando relacionada à dor crônica, é caracterizada pela dificuldade ou impossibilidade de realização de tarefas e atividades em função da dor (SALVETTI et al., 2012). Essas tarefas incluem o autocuidado, tarefas domésticas, atividades de trabalho, atividades sociais e de lazer, fazem parte do cotidiano do ser humano e, normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (TSUKIMOTO et al., 2006). Em estudo brasileiro realizado por Salvetti e outros (2012), com pessoas com DLC, usuárias de três serviços de saúde, os pesquisadores encontraram uma prevalência de incapacidade de 65 %, nos níveis moderado e grave em 80,7% dos pacientes.

A relação entre a incapacidade e distúrbios psicológicos é frequentemente evidenciada pela literatura (VAN TULDER; KOES; BOMBADIER, 2002; RUBIN, 2007; CURRIE; WANG, 2004; HAYDEN et al., 2010; RAFTERY et al., 2011; ANTUNES et al., 2013), através da alta prevalência de sintomas relacionados a estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e alterações comportamentais. Essa associação interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes e no resultado dos tratamentos.

Muitos *guidelines* clínicos (AIRAKSINEN et al., 2006; KOES et al., 2010; DAGENAIS; TRICCO; HALDEMAN, 2010; PILLASTRINI et al., 2012) recomendam que a abordagem de tratamento para DLC seja multidisciplinar incluindo: estratégias para educação do paciente, farmacoterapia, intervenções psicossociais, fisioterapia, massagem terapêutica, acupuntura, terapias manipulativas e tratamentos alternativos. Já as intervenções cirúrgicas são geralmente reservadas para alguns casos específicos.

As abordagens clínicas podem produzir algum efeito na redução da dor e na melhora da capacidade funcional, mas os resultados são temporários e considerados insatisfatórios tanto para as pessoas quanto para os profissionais (UPSHUR; BACIGALUPE; LUCKMANN, 2010). Outros estudos apontam também que as pessoas com DLC relatam dificuldades para legitimar suas queixas (pois as mesmas não são reconhecidas ou valorizadas), e para discutir com os profissionais de saúde suas expectativas em relação ao cuidado (VROMAN; WARNER; CHAMBERLAIN; 2009; SNELGROVE; LIOSSI; 2013; HOPAYAN et al., 2014).

Os impactos físico e funcional, psicológico e social causados pela DLC demanda um cuidado multidimensional e integral que possa trabalhar todos esses aspectos. Nesse sentido os programas multidisciplinares/interdisciplinares são apontados por diretrizes e recomendações internacionais como uma das principais ferramentas para o manejo dessa condição (KOES et al., 2010; PILLASTRINI et al., 2011; CORSON et al., 2011; PILLASTRINI et al., 2012). Estudos que descrevem os efeitos das abordagens disciplinares relatam que os principais benefícios a curto prazo são: o alívio da dor e da incapacidade (ANGST et al., 2009; BOSY et al., 2010; GREGG et al., 2011; KAMPER et al., 2015), a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade (BOSY et al., 2010; BREMANDER; HOLMSTROM; BERGMAN, 2011), e melhora na qualidade de vida (MORONE et al., 2011).

Existem diferenças na forma de atuação das equipes. Os programas multidisciplinares envolvem profissionais de diferentes profissões que podem cuidar de um mesmo paciente, mas não trabalham de forma integrada. Já os programas interdisciplinares compartilham o mesmo prontuário e o gerenciador clínico é responsável pela coordenação do cuidado (BOSY et al., 2010). Esses programas assumem diferentes configurações de equipes e profissões envolvidas, mas a maioria trabalha com médicos generalistas, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros (GATCHELL et al., 2014), que atuam durante um tempo predeterminado (semanas ou meses). A maior parte dos programas trabalha com: analgesia, exercícios graduais para alívio da dor, abordagens psicoterapêuticas e educação em saúde (KOES et al., 2010; SCHUTZE et al., 2014; PILLASTRINI et al., 2012). No entanto, apesar de constituírem uma das principais estratégias para o cuidado das pessoas com DLC, implicam em alto custo para sua implementação e manutenção (DICKSON et al., 2013).

3.2 MODELOS PARA O CUIDADO DA DOR LOMBAR CRÔNICA

3.2.1 Os modelos utilizados na saúde

Os modelos são recursos utilizados em vários campos do conhecimento (modelos matemáticos, físicos, químicos, econômicos), pois constituem uma maneira de representar a complexidade do mundo real de forma mais simples e compreensível (BUXTON et al., 1997). Na

área de saúde são frequentemente utilizados como referências para explicar os fenômenos relacionados ao processo saúde/doença, analisar riscos, comparar intervenções e organizar os serviços e ações (auxiliando dessa forma na tomada de decisões).

Os modelos são especialmente úteis no desenvolvimento teórico, ajudando a selecionar os conceitos relevantes necessários para representar um fenômeno de interesse e determinar as relações entre esses conceitos (ROCHA; PRADO, 2008).

A construção teórica de conhecimento, ou modelos, representa o ideal acerca de um determinado objeto ou fenômeno estudado e estes modelos podem ser úteis para o aprendizado ou para organizar ações mais efetivas, embora nem sempre correspondam aos objetos reais. Contudo, ao discutirem sobre a importância deles na área de saúde, Faria e colaboradores (2010) sustentam que os mesmos não precisam ser utilizados como verdades eternas ou incontestáveis, mas podem ser um recurso valioso para os profissionais de saúde quando, além da construção teórica, são inspirados em situações concretas e bem sucedidas.

Na área de saúde podem ser denominados como “Modelo de Atenção à saúde”, ou “Modelo Assistencial”, ou “Modelos de Cuidado”. A discussão sobre essa temática é ampla nesta área e há uma diversidade de interpretações dos autores resultando em diferentes conceitos a respeito (CECÍLIO, 2001; PAIM, 2003; LUCENA et al., 2006; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; ROCHA; PRADO, 2008; MENDES, 2011; FERTONANI et al., 2015).

Em relação aos modelos utilizados na assistência à saúde, Cecílio (2001) destaca que a compreensão sobre os mesmos, não deve envolver apenas abordagens estruturais, precisa-se também considerar as necessidades do usuário do serviço de saúde, o cotidiano e as características do processo de trabalho em saúde. Outro aspecto levantado pelo autor se relaciona com a necessidade de pensar novas formas de representar os fluxos de acesso aos serviços de saúde, substituindo a figura clássica de acesso, caracterizada como uma pirâmide, composta pelos níveis primários, secundários e terciários de assistência à saúde, os quais apresentam em certa medida, normas rígidas de acesso, contrapondo-se aos princípios de integralidade em saúde, humanização e responsabilização.

Para Paim (2003), Silva Junior e Alves (2007), ao abordarem sobre Modelos de Atenção ou Modelos Assistenciais, afirmam que modelos são formas de combinar e articular os diversos recursos físicos,

tecnológicos e humanos para atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. Paim (2003, p. 2) descreve o modelo como: “uma espécie de lógica que orienta a ação, e dessa forma possibilita a organização dos meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde”. Silva Júnior e Alves (2007, p. 27) afirmam que os modelos são entendidos como: “formas de organização e articulação entre diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos, disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade”. Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim, de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde.

Na visão de Fertoni e colaboradores (2015), os modelos assistenciais resultam de um processo histórico-social e são dinâmicos e multifatoriais, pois os mesmos podem sofrer influências de uma rede de fatores das esferas macro e microsocial da sociedade, sendo também orientados pela concepção de saúde e direito à saúde e pelos conhecimentos do paradigma de cuidado predominante. Esse conceito apresenta similaridades com a definição proposta por Mendes (2011, p. 208.), que utiliza o termo “Modelo de Atenção” na perspectiva do funcionamento das redes de atenção à saúde, mas considera que os mesmos são desenvolvidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

No campo de conhecimento da enfermagem, os modelos também são descritos como recursos utilizados para orientar as ações de cuidado. Rocha e Prado (2008) definem como “Modelo de Cuidado”: “uma estrutura de conhecimento que apresenta uma contribuição filosófica e teórica, e a possibilidade de planejamento e sistematização da assistência”. Ainda acrescentam que o modelo leva à construção do conhecimento com o qual se promove um cuidado diferenciado. Para os autores, o desenvolvimento de um modelo de cuidado compreende a construção de novos conhecimentos ou reestruturação de um já existente, cujo protagonista se trata do ser que é cuidado, e é ele quem dirige como esse modelo será concluído.

Nesta pesquisa, o termo “Modelo de Cuidado” foi o adotado, pois a palavra, “cuidado”, é atualmente utilizada pelas organizações de saúde ao abordar as ações para as condições crônicas. Além disso, na compreensão do pesquisador o mesmo se torna o mais adequado ao

objetivo da pesquisa que visa compreender o cuidado das pessoas com DLC no âmbito da ABS.

3.2.2 Modelos utilizados no tratamento de pacientes com dor lombar crônica

O modelo biomédico é ainda o modelo prevalente no cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica, pois tem sido o modelo hegemônico na atenção à saúde (no Brasil e em muitos outros países) nas últimas décadas. Embora muitos pesquisadores e profissionais apontem as fragilidades do mesmo (KOIFMAN, 2001; BARROS, 2002; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; LIMA; TRAD, 2007; CRUZ et al., 2013), ainda constitui a base na formação docente e de muitos serviços de saúde.

O modelo biomédico se caracteriza como um modelo focado na assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. É também denominado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007), e posteriormente de todas as escolas, como no Brasil.

Os princípios do modelo biomédico se baseiam na orientação científica do século XVII, consistindo numa visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza e que surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina (BARROS, 2002). O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e entende as doenças como resultados, ou do processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou ainda, falha de algum mecanismo regulatório do organismo (KOIFMAN, 2001). O paradigma imposto por esse modelo é considerado o grande propulsor no século XIX para a compreensão de muitas doenças e também o desenvolvimento de muitos medicamentos e tratamentos, contribuindo para o desenvolvimento da ciência e tecnologia médica.

Uma das principais críticas ao modelo biomédico é o fato de ser demasiado restrito no seu poder explicativo, desconsiderando as questões sociais, psicológicas e comportamentais das doenças

(BARROS, 2002). Além disso, a visão reducionista deste modelo estimula a especialização profissional que leva a uma visão fragmentada do ser humano (MELO et al., 2013; CRUZ et al., 2013), e desconsidera a visão do paciente na negociação do seu cuidado e tratamento.

Em relação à dor lombar, Weiner e Nordin (2010) afirmam que o modelo biomédico pode funcionar bem ao lidar com dores lombares oriundas de causas específicas, quando é possível reconhecer padrões de sinais e sintomas pela história e exame clínico, identificar a lesão subjacente ou a doença através da investigação e diagnóstico, e propor terapias que são definidas especificamente para o tipo de lesão biológica encontrada. No entanto, como os autores descrevem, na maioria dos casos, a causa da dor lombar é inespecífica ou desconhecida, tornando desta forma o modelo limitado, pois costuma ser efetivo somente quando a causalidade da dor pode ser determinada.

O modelo biopsicossocial, proposto por Engel em 1977 (HAYES; HODSON, 2011; WEINER; NORDIN, 2010), surge como resposta ao reducionismo do modelo biomédico ao considerar, na assistência à pessoa com DLC, outros fatores fora do foco biológico, tais como: percepção da incapacidade, cinesiofobia, depressão, enfrentamento de situações estressantes, insatisfação no trabalho, ansiedade, entre outros. Weiner e Nordin (2010) ressaltam que o modelo biopsicossocial reconhece a natureza não específica da dor lombar, identifica fatores psicossociais associados, trata esses fatores com intervenções que se estendem além da aproximação biológica, e encoraja o paciente a se responsabilizar pelo gerenciamento de uma condição que, muitas vezes, apresenta recorrência ou cronicidade. No entanto Hayes e Hodson (2011) salientam que assim como no Modelo Biomédico, o Modelo Biopsicossocial também implica em abordagens unimodais que produzem somente benefícios limitados por um tempo limitado e cita as terapias de opioides e anestésicos (modelo biomédico) e as terapias cognitivas (modelo biopsicossocial).

No intuito de ampliar o olhar além da lógica de cuidado orientado pela doença, surge o conceito de “cuidado centrado no paciente” (*patient centered-care*), com a ideia fundamental de que o processo de cura deve focar também a pessoa e não apenas a doença, incorporando ao cuidado, aspectos como: a experiência do paciente, o contexto psicossocial e a tomada de decisões compartilhada entre médico e paciente (PELZANG, 2010; HUDON et al., 2012). Uma abordagem centrada no paciente e suas necessidades são consideradas neste modelo

um fator chave na melhor da qualidade da assistência à saúde e no aumento da aderência ao tratamento.

O modelo de cuidado centrado no paciente é sugerido por alguns pesquisadores como uma abordagem mais adequada para o cuidado de pacientes com dor crônica, pois enfatiza o bom relacionamento médico/paciente, e ajuda a priorizar os objetivos dos pacientes através do compartilhamento das decisões (MASI; WHITE; PILCHER, 2002; TEH et al., 2009; MATTHIAS et al., 2010), podendo também melhorar os resultados no tratamento (ALAMO; MORAL; TORRES, 2002; HARZARD et al., 2012; HUDON et al., 2012). No entanto, os estudos que abordam este modelo apontam as dificuldades relacionadas à vontade dos pacientes em participarem das decisões no tratamento, bem como dos profissionais para compartilhar as decisões sobre o cuidado. Além disso, os estudos ressaltam também a necessidade de investigar novos métodos e tecnologias que facilitem a comunicação médico/paciente e a construção conjunta do plano de cuidados.

Este tipo de cuidado tem sido adotado como um modelo de prática médica por muitos médicos, educadores na área da medicina e especialistas, e ainda inspirado outros modelos, como o “*Whole-Person Modelo of Care for Persistent Pain*” (HAYES; HODSON, 2011), que foi desenvolvido para pacientes com dor. O mesmo sugere que, para o cuidado de pessoas com dor crônica, é importante considerar o indivíduo como um todo, garantindo um cuidado integral e propõe uma abordagem mais integrada para a prestação de serviços em todos os níveis de cuidado.

Ao considerar a DLC como condição crônica, torna-se útil discutir os modelos de atenção à Saúde que norteiam as ações para doenças crônicas em muitos países. Esses modelos foram construídos a partir de um modelo seminal, o “*Chronic Care Model*” (CCM), conhecido no Brasil como “Modelo de Atenção Crônica” (MENDES, 2011).

O “Modelo de Atenção Crônica” foi formulado por Wagner (2002), e desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão de literatura internacional sobre a gestão de condições crônica, e posteriormente testada nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care* (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2014).

O Modelo de Atenção Crônica (CCM) identifica os elementos essenciais de um sistema de saúde que incentiva a alta qualidade no

cuidado da doença crônica (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2014). Estes elementos são: a comunidade, o sistema de saúde, o autocuidado apoiado, o desenho do sistema de prestação dos serviços, suporte às decisões e sistema de informação clínica (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (CCM).



Fonte: Wagner, 2002.

Os elementos do modelo apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para população.

O modelo pode ser aplicado a uma variedade de doenças crônicas, de cuidados de saúde e populações/alvo. No entanto, Wagner (2002) salienta que o Modelo de Atenção Crônica não é uma panaceia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo. Nesse sentido, entende-se que problemas complexos como a DLC necessitam de modelos que apontem soluções sistêmicas e em todas as dimensões, sendo, portanto, modelos complexos.

A proposta original do CCM foi adaptada por vários países de acordo com os princípios dos seus sistemas de saúde. Dessa forma, tem sido implantado com ajustes, em vários países tais como: Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Cingapura (MENDES, 2011, p. 231). Entre as aplicações do CCM em outros lugares, destaca-se o “Modelo de Atenção Crônica Expandido”, proposto por Barr e outros (2003), e implementado na província de British Columbia, no Canadá. Os pesquisadores introduziram o componente de promoção da saúde (voltado para os determinantes sociais de saúde e participação da comunidade), evitando dessa forma que o modelo não focalizasse apenas aspectos clínicos.

Com o intuito de avaliar as evidências em relação à efetividade do CCM, Coleman e colaboradores (2009) realizaram uma revisão de 51 estudos que utilizaram um ou mais elementos deste modelo. Embora as evidências ainda sejam limitadas, os resultados sugerem que a reorganização das práticas em saúde utilizando o CCM, pode melhorar a qualidade do atendimento e os resultados de várias doenças crônicas, como Diabetes, Doenças Cardiovasculares e Respiratórias. Os pesquisadores salientam que a maioria dos estudos citados em sua pesquisa envolve práticas motivadoras com foco em pacientes com uma única condição crônica, e que seriam necessários mais estudos para comprovar os resultados da inserção do modelo no cuidado de outras doenças crônicas. Além disso, acrescentam que a aplicação do CCM não consiste em uma intervenção discreta e imediatamente replicável, mas se trata de um modelo no qual as organizações de saúde traduzem suas ideias gerais que podem ser transformadas em modificações específicas nas práticas de saúde, e que podem variar em função das organizações de saúde e do país que serão implantadas.

Alguns estudos (DOBSCHA et al., 2009; AHLES et al., 2006; KROENKE et al., 2009) têm investigado a eficácia da implementação do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas para casos de dor crônica, apresentando bons resultados, mas nem sempre significativos, sugerindo a necessidade de ampliar as investigações. No entanto, em função da complexidade do mesmo, a maioria dos estudos aborda apenas alguns elementos específicos do modelo, focalizando principalmente a implementação de programas de autocuidado e/ou que visam o empoderamento das pessoas com dor crônica através de ações de educação em saúde, atuação de equipes multi-interdisciplinares,

monitoramento e acompanhamento dos casos (e inclusão de gestores de casos clínicos).

Diante da proposta de novos modelos e ao reconhecer a necessidade de melhorar os serviços de saúde para as condições crônicas, a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2003, o modelo “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas” (OMS, 2003), considerando o mesmo como uma versão ampliada do Modelo de Atenção Crônica proposto por Wagner em 1998.

O novo modelo ampliado se insere em um contexto político mais abrangente, envolvendo os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. De acordo com Mendes (2011), o modelo intensifica a atuação dos pacientes e familiares e reconhece que eles podem gerenciar de forma mais efetiva as condições crônicas com o apoio das equipes de saúde e da comunidade. Nessa configuração, o paciente, as comunidades e as organizações de saúde estão vinculados e desempenham funções essenciais na busca de melhores soluções para o problema crônico.

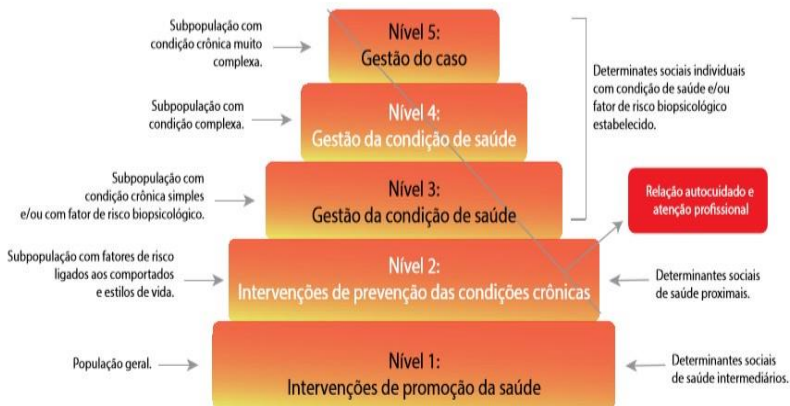
O modelo de atenção é dividido em níveis de atenção e no modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde, são descritos os componentes estruturais para cada nível: *micro*, *meso* e *macro* (OMS, 2003). Nesse contexto o nível micro é caracterizado pelos pacientes e suas famílias e sua vinculação com suas respectivas comunidades e as organizações de saúde. O paciente e seus familiares, que anteriormente eram menosprezados dentro dos sistemas de saúde, passam a serem peças fundamentais, pois para alcançar resultados positivos para as condições crônicas é necessário que os mesmos estejam informados, motivados e trabalhando em parceria com os grupos de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde.

O nível meso é caracterizado pelas organizações de saúde que tem como principal função criar um ambiente favorável para melhorar o tratamento das condições crônicas. Muitos fatores organizacionais podem contribuir para proporcionar resultados positivos, entre eles: melhorar as habilidades dos trabalhadores da saúde e a variedade de recursos humanos, as agendas de visitas, os sistemas de informação e o autogerenciamento do paciente. Já o nível macro é caracterizado pelo ambiente político e os princípios e estratégias gerais dos governos para reduzir a carga das condições crônicas.

A partir das experiências internacionais com os modelos para condições crônicas e também considerando o modelo de pirâmide de riscos e os referenciais de determinação social da saúde que orientam o

sistema de saúde brasileiro, Mendes (2011) desenvolveu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse modelo (Figura 3) propõe a estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato (BRASIL, 2013).

Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes, 2011. Extraído do material: Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, BRASIL, 2013.

Nos níveis 1 e 2 do MACC, o cuidado é voltado para as intervenções de promoção e prevenção da saúde e/ou ações intersetoriais, coordenadas pela Atenção Básica, com foco nos determinantes sociais de saúde e fatores de risco ligados aos comportamentos e estilo de vida. No nível 3, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida, através de ações de autocuidado apoiado e também a atenção clínica que ainda pode ser desenvolvida na ABS. Já nos níveis 4 e 5, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto risco e/ou mais complexas, que necessitam de cuidados profissionais mais especializados e mais recursos tecnológicos. De acordo com Mendes, 2011, esse modelo de atenção subsidia a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e

atribuições, fluxos e diretrizes clínicas que norteiem a prática dos profissionais em cada ponto da rede.

A Dor lombar Crônica, abordada nessa pesquisa, é caracterizada como uma condição crônica, e dessa forma, entende-se que o cuidado deve ser organizado e fundamentado por diretrizes, políticas e modelos construídos para atender às necessidades das pessoas com condições crônicas, para que se possa oferecer aos usuários dos serviços de saúde um cuidado mais qualificado, contínuo e integrado.

3.2.3 Políticas e Diretrizes para o cuidado da Dor Lombar Crônica na realidade brasileira

O Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido pela Constituição brasileira há mais de duas décadas, foi fruto da reforma sanitária que vinha sendo construída há muitos anos para modificar a maneira de lidar com a saúde no país. Fertoni e outros (2015) descrevem que para manter o caráter de política pública de saúde que visa à integralidade, universalidade e equidade, o sistema estimula a mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde para o modelo de produção social de saúde. No entanto, apesar dos bons resultados em determinadas ações e programas, Mendes (2011) considera que esse modelo se mostrou insuficiente para dar conta dos desafios sanitários brasileiros e insustentável para os enfrentamentos futuros, como por exemplo, a atenção à saúde das pessoas com condições crônicas.

Em função das mudanças no perfil epidemiológico da população, da grande ascensão das doenças crônicas, e da ineficiência do modelo de atenção vigente, o país tem buscado novas estratégias para avançar na qualificação da atenção e gestão em saúde, principalmente para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse sentido, novos documentos norteadores são propostos pelo Ministério da Saúde, tais como: as “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência” (Brasil, 2008), com o objetivo de propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas e facilitar a construção de estratégias integradas para a abordagem das necessidades das pessoas com (DCNT); o “Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas (2011 -2022)” (BRASIL, 2011), com o intuito de definir e priorizar as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos; e as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com

doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2013), que subsidia a organização da Rede de Atenção para as Condições Crônicas

Nesses documentos são abordadas as diretrizes que orientam uma abordagem integrada dos serviços de saúde que visam a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No entanto, os mesmos são direcionados para grupos de DCNT considerados prioritários (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas, *Diabetes Mellitu*, saúde mental) em função das taxas de mortalidade e riscos de óbito que essas doenças oferecem.

Com a implementação destas novas políticas, novas propostas terapêuticas já são verificados em algumas condições crônicas não transmissíveis como: Diabetes Mellitus (FRANCIONI; SILVA, 2007; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010), Hipertensão (REIS et al., 2009), e Saúde Mental (ANDRADE et al., 2010; AMARANTE et al., 2011). No entanto, outras situações que também produzem impacto na saúde da população (como a DLC), ainda carecem de propostas terapêuticas delineadas para as suas necessidades e especificidades, que poderiam fortalecer as ações e estratégias de cuidado e saúde para essa população.

Outro aspecto importante no cuidado das doenças crônicas é que o mesmo deve ser feito de forma “integral”. De acordo com Malta e Merhy (2010), essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Com o intuito de romper com o modelo de serviços fragmentados e pouco eficazes para responder à demanda das doenças crônicas, a Organização Pan-Americana da Saúde propõe um enfoque nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), buscando reorientar os serviços numa lógica que favoreça o acesso, a integralidade e a qualidade do cuidado. Os serviços das RISS se caracterizam também por serem contínuos no tempo, isto é, são prestados ao longo do ciclo da vida (PAHO, 2012).

No Brasil, as principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foram as publicações das Portarias: n. 4.279 (BRASIL, 2010), que estabelece “Diretrizes para a Estruturação da Rede de Atenção à Saúde”; e n. 252 (BRASIL, 2013) que institui a “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são conceituadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Os componentes que estruturam a Rede de Atenção para pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013), são: (a) **Atenção Básica**, considerada o centro de comunicação da rede; (b) **Atenção Especializada**, com serviços de diferentes densidades tecnológicas que apoiarão e complementarão a Atenção Básica; (c) **Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**; (d) **Sistemas Logísticos**, relacionados às tecnologias de informação utilizada para controle e administração dos serviços da rede; (e) **Regulação**, componente de gestão utilizado para administrar a demanda e oferta da assistência; e (f) **Governança**, capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos dentro da rede.

Entre os seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2013), destaca-se: acesso e acolhimento aos usuários em todos os pontos de atenção; humanização da atenção e efetivação de um modelo centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; autonomia dos usuários através da constituição de estratégias de apoio e autocuidado; e a educação permanente dos profissionais de saúde para garantir a qualificação do cuidado.

Outros aspectos importantes que qualificam a atenção nos diversos pontos da rede para as pessoas com doenças crônicas são as **linhas de cuidado** e as **diretrizes clínicas**. As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, e definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede. Já as diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, sendo baseadas em evidências (da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde) (BRASIL, 2010). As mesmas devem ser organizadas por profissionais dos diversos pontos de Atenção da RAS e categorias profissionais, considerando as características regionais de onde os serviços de saúde estão estabelecidos.

3.3 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Embora as definições de Atenção Primária sejam numerosas, o conceito proposto e instituído na Declaração de Alma Ata, da OMS, em 1978, permeia as diferentes denominações e terminologias relacionadas ao primeiro nível de cuidado. O foco da Atenção Primária na Declaração da Alma-Ata estava na solidariedade e acesso equitativo ao cuidado em saúde; na proteção e na promoção da saúde; na maior influência da população na atenção à saúde; e na ampla colaboração intersetorial ao se lidar com os problemas da comunidade (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

As características fundamentais da APS são apresentadas por Starfield (2002) e compreendem:

- a APS como **porta de entrada do usuário** para os serviços de saúde, devendo ser o primeiro recurso a ser buscado;

- a **continuidade** do cuidado - a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de “longitudinalidade”;

- a **Integralidade** - o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável;

- a **Coordenação** do cuidado - mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são efetuados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

Para Mendes (2012), além dos quatro atributos citados por Starfield (2002), e considerados essenciais para a organização da APS, outros três, caracterizados pelo autor como “atributos derivados”, também são importantes para o funcionamento da mesma:

- a **Focalização da Família**, como sujeito da atenção, exigindo uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e formas singulares de abordagem familiar;

- a **Orientação Comunitária**, que representa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, social e econômico em que vivem

- a **Competência Cultural**: convocando uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e preferenciais das pessoas e das famílias.

Os atributos citados são a base para uma Atenção Primária eficiente, pois como afirmam Starfield (2002) e Mendes (2012), para garantir a qualidade da APS é necessário que os mesmos sejam operacionalizados em sua totalidade. Além destes, a APS enquanto estratégia também precisa cumprir três funções essenciais: a **resolubilidade**, caracterizada como a capacidade de ser resolutiva para atender a mais de 85% dos problemas da população; a **comunicação**, que consiste em ter condições de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes; e a **responsabilização**, relacionada com o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita.

Em função das características e funções atribuídas à Atenção Primária, esse nível de atenção tem caráter estratégico na estruturação da Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, sendo considerado dessa forma, o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de risco que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2012). Para Mendes (2012), a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde tem sua base na Atenção Primária, que precisa ser bem estruturada para garantir uma rede efetiva, eficiente e de qualidade.

Embora a tendência internacional seja a utilização do termo “Atenção Primária”, por diferenças ideológicas, no Brasil o termo utilizado em suas secretarias e documentos oficiais é “Atenção Básica à Saúde”. Como os mesmos são considerados termos equivalentes, optou-se por utilizar nesta pesquisa, a terminologia utilizada nos documentos oficiais brasileiros.

Na portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a mesma é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Usa tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p.4).

O cuidado na ABS é estruturado através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada o eixo estruturante para organização desse nível de atenção (BRASIL, 2009). Esse novo modelo rompe com o modelo biomédico que opera sob uma visão fragmentada do cuidado, com foco curativo e práticas de cuidado hierarquizadas. O mesmo se orienta pelo processo saúde/doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte dos grupos e de comunidades socioculturais (ESCOREL et al., 2007), e contemplando ações que abrangem a Vigilância em Saúde e a Promoção da Saúde (CECÍLIO, 2001). Foi idealizado a partir das resoluções da Alma-Ata e reafirma os princípios e diretrizes do SUS, propondo uma assistência integral e contínua às famílias e comunidades (FERTONANI et al., 2015). As principais características que diferem o modelo de Estratégia de Saúde da Família e que o diferenciam do modelo biomédico e tradicional, foram descritas por FERTONANI et al. (2015) e estão apresentadas na Figura 4.

Figura 4 - Características do modelo biomédico e da ESF/PNAB como principais estratégias de mudanças no modelo assistencial.

	Modelo Biomédico	Saúde da Família
Características	Hegemônico nos serviços de saúde. Organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças. A promoção da saúde não é prioridade.	Surge em 1994 e passa a constituir-se em estratégia privilegiada para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e efetivação dos princípios do SUS. Desenha um “novo modelo assistencial e saúde”, inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS) ampliando a abordagem aos problemas de saúde. Articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação.
	Prioriza a assistência individual, com ênfase na especialização e no uso de tecnologias do tipo material. Organiza a assistência a partir da demanda espontânea.	Propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida.
	O trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.	Prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.
	Apresenta dificuldade na implantação da integralidade, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção. Falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes.	Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contra-referência.
	Formação profissional e produção de conhecimento fundamentado no modelo flexneriano de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família.	Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS.
	O planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados.	Assume como um dos eixos centrais das práticas, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, entre os profissionais de saúde, gestores e população.

Fonte: FERTONANI et al. 2015.

Os princípios que orientam a Atenção Básica à Saúde são: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012). Esses princípios norteadores também precisam estar alinhados às diretrizes que consolidam as Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, quando o foco do cuidado são as condições crônicas.

O acesso e o acolhimento são estratégias fundamentais na Atenção Básica, pois como principal porta de entrada para os usuários, as unidades de saúde e as equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (SOUZA et al., 2008; MARQUES-FERREIRA et al., 2014). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou se responsabilizar com a resposta ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

O acolhimento de pessoas com condições crônicas deve ser realizado na Atenção Básica, na perspectiva do cuidado das condições crônicas, onde essa ferramenta é uma diretriz fundamental. De acordo com as Diretrizes para o cuidado de condições crônicas nas RASs (BRASIL, 2012), o mesmo deve ser praticado por todos os profissionais de saúde, pois ao acolher as queixas, medos e expectativas, os profissionais identificam riscos e vulnerabilidade, responsabilizam-se pela resposta ao usuário e colocam em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com a resolução.

Além do acolhimento, outro fundamento importante é a adscrição dos usuários que consiste no processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado e garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011). O vínculo construído nas relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde é considerado como uma estratégia importante para permitir o aprofundamento do processo de coresponsabilização e a continuidade do cuidado, evitando também a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (COELHO; JORGE, 2009; BRASIL, 2011).

A PNAB (BRASIL, 2012) prevê a atuação de equipe multidisciplinar mínima composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Entretanto, como afirmam Merhy e outros autores (2003), este é o nível de atenção que a população deve ter o máximo de suas necessidades em saúde assistidas e, para isso, sugerem a diversificação dos serviços prestados para maior resolubilidade da AB.

Reconhecendo que se trata de equipe mínima, as Unidades Básicas de Saúde contam com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações, bem como sua resolubilidade. De acordo com a PNAB (BRASIL, 2011), estes núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem agir de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da (s) unidade (s) na (s) qual (is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

A partir de uma relação horizontal, a atuação do NASF tem como base a reorganização do processo de trabalho dessas equipes e construção de modelos relacionais com essas, a partir da troca de saberes e compartilhamento de práticas. Não se trata de um serviço de referência, mas sim, da articulação interdisciplinar objetivando potencializar os resultados advindos do Apoio Matricial. Para tanto é necessário que ocorram encontros entre os profissionais periodicamente, acordados com a coordenação da Atenção Básica, de modo a formalizar o processo de trabalho da equipe (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial que abrange ações assistenciais e técnico/pedagógicas, a exemplo da discussão de casos ou elaboração de materiais de apoio (BRASIL, 2014; LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013). Na dimensão assistencial é fornecido apoio diretamente ao usuário enquanto na dimensão técnico/pedagógica, é fornecido apoio educativo aos profissionais da equipe de saúde. No matriciamento as informações são fornecidas pela equipe de saúde ao NASF para a busca de qualificação e apoio, garantindo suporte especializado (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013). Dessa forma, com o apoio matricial é garantida a retaguarda assistencial especializada, bem como o suporte

técnico pedagógico às equipes de saúde com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar as atividades em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Outras ferramentas também são utilizadas pelas equipes NASF no seu processo de trabalho e apoio às equipes de ESF, entre elas: Atividades em Grupo, atendimentos Compartilhados, atendimentos Domiciliares Compartilhados e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2014).

As atividades em grupo constituem importante recurso, no cuidado aos usuários da Atenção Básica, para promover ações educação, prevenção e promoção de saúde, além de possibilitar o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com a população (BRASIL, 2014). Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes, culturas e conhecimentos e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde/doença de cada pessoa. Constituem espaços de vivências, de produção de significados que vão sendo construídos em um determinado tempo e espaço histórico (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; GAZZINELLI et al., 2015).

As consultas ou atendimentos compartilhados são considerados uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho dos profissionais das equipes NASF. Esses atendimentos ocorrem com a participação de ao menos um integrante da equipe de ESF e um profissional do núcleo de apoio. Essa ferramenta permite fortalecer o vínculo preexistente entre o usuário e a equipe de Saúde da Família, juntamente com os profissionais do NASF; facilita a comunicação e coleta dos dados por parte do apoiador, permite a pactuação de ações; e possibilita ao apoiador o contato com a realidade do usuário sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita (BRASIL, 2014).

Outra configuração de atendimento compartilhado são os “Atendimentos Domiciliares Compartilhados”. Essa modalidade, em processo de expansão na AB, tem como pontos fundamentais: o cuidador, a família, o contexto domiciliar e a equipe multiprofissional. Os mesmos podem servir tanto para recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção, ou ainda, no acompanhamento longitudinal dos pacientes (BRASIL, 2014).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), também constitui uma das ferramentas utilizadas e é considerado um importante instrumento para qualificar o atendimento às pessoas com condições crônicas. O mesmo

consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social. Como pode ser desenvolvido em diferentes pontos de atenção, é fundamental que as equipes dos diversos serviços compartilhem as informações e os planos estabelecidos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014). O PST apresenta a singularidade como elemento central e envolve quatro etapas, entre essas: levantamento de problemas; definição de metas sobre o problema e negociação com os envolvidos; divisão de responsabilidade entre os profissionais envolvidos e a reavaliação, utilizada para avaliar a evolução e possíveis alterações na ação inicial (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico filosófico que se pretende utilizar nesta pesquisa será o paradigma da complexidade, baseado principalmente em Edgar Morin, pois se acredita que este referencial seja o mais adequado para discutir as questões relacionadas aos modelos de saúde e ao indivíduo com condição crônica que necessita do cuidado numa abordagem integral e interdisciplinar, e como referem Falcon, Erdmann e Meireles (2006), o cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes, institucional e natural.

O termo latino *complexus* significa em seu sentido original aquilo que é tecido junto. É o tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma só coisa. Tudo isso se entrelaça para formar a unidade da complexidade, porém, a unidade do *complexus* não destrói a variedade nem a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2008).

O pensamento complexo foi proposto por Morin (2011), com o intuito de superar o pensamento que emerge dos princípios de disjunção, de redução e de abstração, cujo conjunto o autor conceitua como “*Paradigma da Simplificação*”. Este paradigma, que permitiu muitos progressos ao conhecimento científico e à reflexão filosófica nos últimos séculos, também apresenta consequências nocivas ao modo de pensar e compreender os fenômenos. Para o filósofo, o pensamento simplificador leva à disjunção dos grandes campos de conhecimento, a redução do complexo ao simples (redução do biológico ao físico, do humano ao biológico) e a uma hiperespecialização (causadora de fragmentação das realidades), dificultando a compreensão dos fenômenos enquanto conjuntos e totalidades e desconsiderando o elo inseparável entre o observador e a coisa observada.

Para compreender fenômenos complexos, Morin afirma que é necessária uma “reforma do pensamento”, e se ponderar que essa nova forma de pensar abrange o contexto e o complexo, assim como as incertezas. O pensamento complexo descrito por Morin:

substitui a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrige a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas, e completa o conhecimento da integração das partes de um

todo, pelo reconhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2000, p. 92-93).

O pensamento complexo também considera que a explicação é diferente da compreensão dos fenômenos e que essas duas ações são importantes para que se possa pensar sobre os fenômenos. Para Morin (2000), enquanto o conhecimento explicativo é objetivo e útil para determinar as formas, qualidades e quantidades de um determinado objeto, o *conhecimento compreensível*, que está relacionado com capacidades intersubjetivas de comunicação e empatia, envolve um processo de identificação e de projeção de sujeito a sujeito, que permite compreender nuances do fenômeno que são incompreensíveis pela lógica explicativa.

No envolvimento da complexidade os princípios do pensamento complexo permitem um olhar mais abrangente sobre os fenômenos estudados na área de saúde ao refletir sobre os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas; levando-se em conta a multidimensionalidade dos fenômenos e avaliando todas as influências recebidas, tanto internas, como as externas (ARRUDA et al., 2015). Nesse sentido, Edgar Morin (2008; 2010) apresenta sete diretivas que contribuem para o exercício de um pensar na perspectiva da complexidade:

O princípio denominado “**Sistêmico ou Organizacional**” liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, ou conhecer o todo sem conhecer as partes.

O princípio **Hologramático** enfatiza que “não apenas a parte está no todo, mas o todo está em cada uma das partes que compõe o todo”. Cada célula é uma parte de um todo que compõe o organismo global, pois carrega uma estrutura genética em sua totalidade. Assim como a sociedade está presente em cada indivíduo, através da sua linguagem, sua cultura e suas normas.

O princípio do **Círculo Retroativo** se baseia na ideia de circularidade ou recursividade, na qual os efeitos retroagem sobre as causas e as realimentam. Trata-se da evolução da causalidade linear (causa e efeito) para uma relação não linear, circulando entre causa e efeito.

O princípio do **Círculo Recursivo** abrange que os seres vivos produzem, eles próprios, os elementos que os constituem, e se auto-

organizam por meio desse processo, superando a noção de regulação para a de autoprodução e auto-organização.

Já o princípio da **Autoeco-Organização** considera que as organizações ou seres vivos têm a capacidade de se organizar (auto), mas sua autonomia depende de energia, informação e organização em relação ao mundo exterior ou meio ambiente. A auto-organização vive e se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a forma de Heráclito: “viver da morte, morrer da vida”, sendo essas ideias antagônicas e ao mesmo tempo complementares.

O termo dialógico quer dizer que: “duas lógicas, dois princípios, estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade” (MORIN, 2008, p. 189). Sendo assim, o **princípio dialógico** demonstra a importância de conviver com a diversidade de ideias e situações, que embora algumas vezes pareçam antagônicas, fazem parte do contexto. Também concebe a dialógica ordem/desordem/organização por inúmeras inter-retroações, pois estão em constante ação nos mundos físico, biológico e humano.

O último princípio a ser discutido é o da **Reintrodução do Conhecimento em todo o Conhecimento (Conhecimento do movimento circular)**. Este princípio pressupõe que: “todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução por um cérebro, numa cultura e um tempo determinados” (MORIN, 2000, p. 211-212). Através do mesmo, assume-se que o conhecimento pode ser compreendido de modos distintos, dependendo das situações e pessoas que nele estão envolvidos e é a partir da interação, da troca, que ele será construído e reconstruído.

O pensamento complexo propõe reestabelecer as articulações entre o que foi separado; para se tentar compreender a multidimensionalidade; para se tentar pensar na singularidade com a localidade, com a temporalidade, e para nunca se esquecer as totalidades integradoras. Desse modo, a complexidade não busca explicar todos os aspectos do objeto, mas, sim, considerar as várias razões para a sua existência (SOUSA, 2008).

Nessa perspectiva, a multidimensionalidade do ser humano pode ser compreendida como um fenômeno complexo, pois ao mesmo tempo é um ser biológico, psicológico, social, espiritual, econômico, sociológico, histórico, dentre outros. Essas dimensões, mesmo que distintas, estão unidas e o pensamento complexo permite refletir sobre: “a articulação, a identidade, e a diferença entre todos estes aspectos” (MORIN, 2008, p.176). É preciso reconhecer que, potencialmente, todo

ser humano não é apenas ator, mas autor, capaz de fazer escolhas e tomar decisão, inserido num contexto sociocultural que o envolve, transforma e que também é transformado por ele (MORIN, 2008a).

Este estudo pretende abordar as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica, reconhecendo ainda que, além da condição crônica, é necessário considerar outras dimensões que compõem o ser humano, como sua cultura, suas crenças e o cenário histórico e regional onde vive. Além disso, a pesquisa será desenvolvida no contexto da Atenção Básica à Saúde, que foi construída dentro dos princípios e da complexidade do Sistema Único de Saúde, e é, outrossim, regida por princípios como a integralidade e a multidisciplinaridade/interdisciplinaridade, requerendo desta forma que a pesquisadora mantenha um olhar ampliado para perceber os vários laços e interconexões do conjunto de elementos que compreende o estudo.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, na qual para alcançar os objetivos da pesquisa se utilizou uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos. O Método Misto (*Mixed Method*) envolve (a mistura planejada de) métodos qualitativos e quantitativos em um estágio pré-determinado do processo de pesquisa (seja durante o planejamento inicial do estudo, o processo de coleta, ou na análise dos dados) a fim de melhor responder à pergunta da pesquisa (ANDREW; HALCOMBE, 2009), sendo utilizado principalmente para compreender fenômenos complexos que abrangem diferentes aspectos (MORSE; NIEHAUS, 2009).

Na visão do pesquisador, o método selecionado oferece um potencial de entendimento mais profundo sobre a temática desse estudo, já que a integração das informações obtidas na investigação qualitativa com os profissionais de saúde e usuários, e dos dados obtidos através do perfil epidemiológico (dados quantitativos), podem ser complementares um ao outro.

Para utilização desta metodologia, Creswell e Clark (2013) definiram que o pesquisador precisa considerar quatro aspectos importantes no planejamento dos procedimentos: o nível de interação entre os elementos (quantitativos e qualitativos); a prioridade relativa dos elementos; o momento certo de aplicação; e, os procedimentos para mistura dos elementos (integração) (Quadro 1).

Quadro 1 - Aspectos envolvidos no planejamento do delineamento da pesquisa de métodos mistos.

Aspecto	Definição	Tipos
Nível de Interação	Extensão em que os dois elementos são mantidos independentes ou interagem um com o outro	<p>Independente: pesquisador mantém separadas as questões de pesquisa qualitativas e quantitativas, a coleta de dados e a análise de dados.</p> <p>Interativo: interação dos elementos quantitativos que ocorre antes da interpretação</p>

		final.
Prioridade	Importância relativa dos elementos quantitativos e qualitativos dentro do projeto	<p>Prioridade igual: ambos elementos desempenham papel importante ao tratar o problema de pesquisa.</p> <p>Prioridade Quantitativa: maior ênfase no método quantitativo e o método qualitativo é utilizado em um papel secundário</p> <p>Prioridade Qualitativa: maior ênfase no método qualitativo e o método quantitativo é utilizado em um papel secundário</p>
Momento de Aplicação	Refere-se ao tempo em que os conjuntos de dados são coletados e a ordem em que os pesquisadores usam os resultados dos dois conjuntos de dados dentro de um estudo.	<p>Simultâneo: os dois elementos são implementados durante uma única fase do estudo</p> <p>Sequencial: A coleta e a análise de um tipo de dado ocorre sequencialmente após a coleta e análise do outro tipo.</p> <p>Multifásico: O pesquisador implementa múltiplas fases que incluem momentos sequenciais e/ou simultâneos durante um programa de estudo</p>
Mistura (integração)	Etapa da pesquisa onde ocorre a combinação e integração dos elementos quantitativos e qualitativos	<p>Durante a interpretação: são misturados durante o passo final do processo de pesquisa depois do pesquisador ter coletado e analisado os dois conjuntos de dados</p> <p>Durante a análise dos dados: os dois conjuntos de resultados são analisados conjuntamente</p>

		<p>(análise combinada) através de uma matriz que facilita as comparações e interpretações.</p> <p>Durante a coleta de dados: a mistura ocorre através da conexão entre fases sequenciais, utilizando-se os resultados do primeiro elemento para moldar a coleta de dados no segundo elemento;</p> <p>Durante o projeto: a mistura ocorre durante o estágio de projeto do processo de pesquisa</p>
--	--	---

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark (2013)

A partir da definição destes aspectos citados, pode-se determinar o delineamento e os procedimentos que serão utilizados no estudo de métodos mistos. Creswell e Clark (2013) delinearam que as principais combinações de métodos que resultam em desenhos de pesquisa são: projeto paralelo convergente, projeto sequencial explanatório, projeto sequencial exploratório, projeto incorporado, projeto transformativo e projeto multifásico.

Os projetos que representam os delineamentos de pesquisa em métodos mistos, podem ser descritos usando um sistema de notação desenvolvido para facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos. Trata-se de um conjunto de rótulos e símbolos abreviados que representam aspectos da pesquisa. As principais notações utilizadas estão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos.

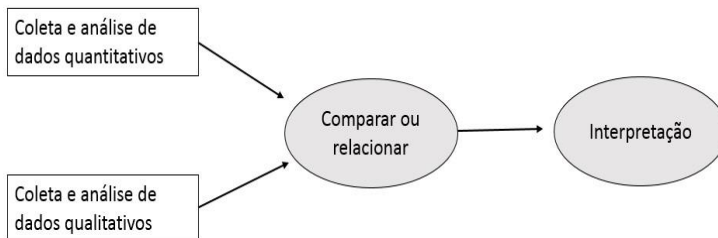
Notação	Definição
“QUAN”	Estudo conduzido quantitativamente
“QUAL”	Estudo conduzido qualitativamente
“quan”	Dados qualitativos secundários em relação aos dados quantitativos

“qual”	Dados quantitativos secundários em relação aos dados qualitativos
“+”	Coleta simultânea ou concomitante de coleta de dados quantitativos e qualitativos
“→”	Forma sequencial de coleta de dados

Fonte: Creswell; Clark (2011).

Neste estudo optou-se pelo “Projeto Paralelo convergente” (Figura 5), com a implementação simultânea da coleta e análise dos elementos quantitativos e qualitativos da pesquisa, priorizando igualmente os métodos (QUAN+QUAL), mantendo os elementos independentes durante a análise e misturando os resultados durante a interpretação geral (CRESWELL; CLARK, 2013). Dessa forma, desenvolveram-se dois estudos com metodologias diferentes, sendo: (a) um estudo quantitativo transversal, e (b) um estudo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Figura 5 - Versão prototípica do Projeto Paralelo Convergente.



Fonte: Adaptado Creswell; Clark (2013).

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina e a segunda maior cidade em relação ao número de habitantes, com aproximadamente 453.285 moradores

(IBGE, 2013). O município de Florianópolis tem sido considerado uma referência na organização do SUS, principalmente pelos bons indicadores de saúde alcançados e pela experiência consolidada de implantação da Estratégia de Saúde da Família, atualmente com cerca de 90% de cobertura populacional (FLORIANÓPOLIS, 2013).

Atualmente, a rede municipal de saúde está organizada em cinco Distritos Sanitários e possui 50 Centros de Saúde (CS), com 111 equipes de Saúde da Família (SF) e 12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família; quatro policlínicas municipais; quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); um laboratório municipal; e, um hospital de médio porte (FLORIANÓPOLIS, 2013).

Para a coleta de dados, selecionou-se o Distrito Continente, pois além de ser o primeiro distrito a ter implantadas atividades específicas para as pessoas com DLC no âmbito da Atenção Básica, é um dos distritos com maior número de pacientes com DLC (Quadro 3), conforme o levantamento realizado nas listas de espera para atendimento fisioterapêutico, no ano de 2012.

Quadro 3 - Distribuição por região distrital, do número de pessoas com Dor Lombar Crônica que foram inseridas na lista de espera para

atendimento Fisioterapêutico, no ano de 2012, no município de Florianópolis.

Região	Casos de Dor Lombar Crônica (n)
Distrito Sul	73
Distrito Norte	173
Distrito Leste	34
Distrito Continente	329
Distrito Centro	320

O distrito Continente apresenta uma população estimada de aproximadamente 98.486 indivíduos, divididos em 27 áreas de saúde. O mesmo conta com 11 Unidades Básicas de saúde (UBS) e 27 equipes de

Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolvidas nos cuidados em saúde dessa população (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Para compreender o cenário atual em relação ao cuidado à pessoa com DLC pela Atenção Básica no município de Florianópolis, é importante conhecer como o município tem lidado historicamente com a demanda de doenças musculoesqueléticas (principalmente envolvendo dor crônica). Até o ano de 2007, os usuários do Sistema Único de Saúde que buscavam atendimento em função da Dor Lombar Crônica, no município de Florianópolis, eram encaminhados dos centros de saúde, hospitais e ambulatórios para centros de reabilitação do estado de Santa Catarina, via guias de referência e contrarreferência ou pelo sistema de marcação que a Secretaria Estadual de Saúde utilizava na época, o Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina (CIASC). Não havia regulação das filas de espera para atendimentos fisioterapêuticos, ou continuidade entre atenção primária, atenção especializada ambulatorial e atenção em centros de reabilitação (SILVESTRE et al., 2014).

A partir de 2007, com a inauguração das policlínicas de saúde, as pessoas com DLC que buscavam cuidado nas unidades de saúde da AB e nos hospitais passaram a ser direcionados para os serviços de fisioterapia destes locais, que realizavam uma triagem inicial e os pacientes eram inscritos em listas de espera para tratamento fisioterapêutico. Em função da capacidade limitada dos serviços de fisioterapia das Policlínicas para dar conta da demanda de todos os encaminhamentos, as filas de espera para fisioterapia se tornaram uma das maiores, entre as especialidades da média complexidade.

Como relatam Silvestre e colaboradores (2014), no ano de 2012, com a inserção dos fisioterapeutas nas equipes NASF, estes profissionais iniciaram um levantamento das demandas existentes em cada centro de saúde e a qualificação dos encaminhamentos, utilizando a classificação de prioridades de atendimento. Nessa classificação, os casos crônicos como a DLC foram em sua maioria, tidos como Prioridade 2 (prioridade não urgente). De acordo com o modelo de regulação estabelecido, esses casos classificados como “crônicos estáveis” deveriam receber orientações domiciliares para o autocuidado e exercícios em grupo, realizáveis nas próprias unidades de saúde com o intuito de promoção de saúde e prevenção de recidivas. Somente os casos nos quais não fossem possíveis as intervenções na APS, seriam encaminhados para o atendimento especializado. Esse modelo, ainda vigente, também influenciou a implementação dos grupos de

autocuidado para dor crônica na coluna e ações de educação permanente das equipes de ESF ou apoio assistencial para o cuidado das pessoas com DLC na ABS.

5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta e análise de dados compreendeu o período de setembro de 2014 a outubro de 2015. Inicialmente realizou-se contato prévio com as coordenações das unidades de saúde selecionadas para apresentação do projeto de pesquisa e discussão sobre a logística para coleta dos dados. Os dados qualitativos foram coletados pela doutoranda pesquisadora e os dados quantitativos foram coletados pela mesma com o auxílio de uma bolsista de iniciação científica e uma fisioterapeuta, sendo que todos foram previamente capacitados para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

A seguir, serão apresentadas separadamente as especificidades da coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos.

5.3.1. Estudo quantitativo – As pessoas com Dor Lombar Crônica e o atendimento na Atenção Básica

A proposta inicial previa uma pesquisa de abordagem quantitativa sobre a prevalência de pessoas com DLC que buscam cuidado na AB, e fatores associados. No entanto, as limitações encontradas para identificar os casos de dor lombar (não registrados adequadamente) através do sistema de gerenciamento eletrônico utilizado pelo município, e a regulamentação da Secretaria Municipal de Saúde (Florianópolis), que por questões éticas, não permite acesso aos dados de contato dos usuários, levaram a modificações no delineamento do estudo. Dessa forma, nessa etapa, caracterizada como um estudo transversal, buscou-se obter informações quantitativas para identificação do perfil sociodemográfico, clínico, sobre hábitos de saúde, e utilização dos serviços de saúde e tratamentos; bem como, as relações entre essas variáveis. Essas informações, analisadas conjuntamente com os dados qualitativos, também foram utilizadas para compreender as características e necessidades das pessoas que buscam o cuidado na AB e como o cuidado tem sido ofertado.

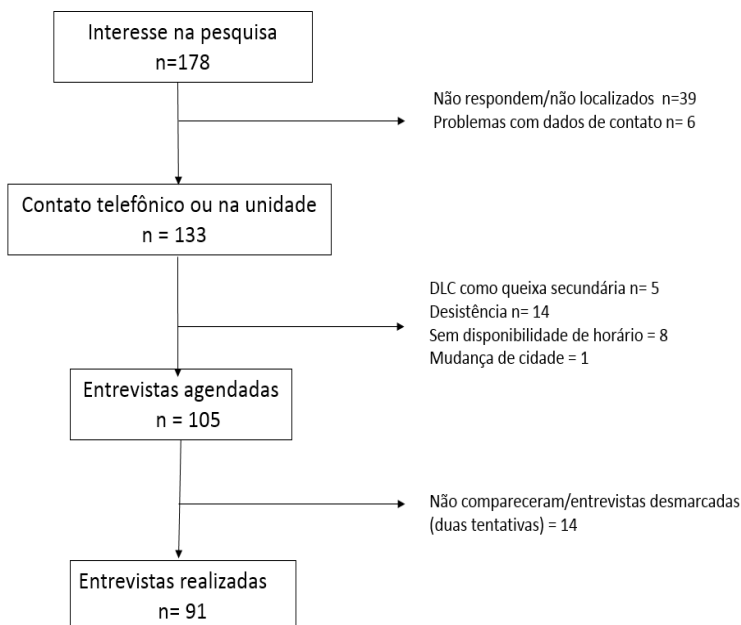
A população alvo do estudo é caracterizada por indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, com queixa de dor lombar por mais de três meses que participam das atividades em grupos disponibilizadas

pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Continente, município de Florianópolis, no ano de 2013.

O processo de seleção da amostra foi por conveniência e os critérios de inclusão adotados foram: idade ≥ 18 anos, apresentar sintomas de dor lombar por tempo superior a seis meses, utilizar os serviços das unidades de saúde no distrito sanitário selecionado há pelo menos mais de 12 meses, ter como queixa principal a dor na região lombar (quando apresentasse outras dores associadas). Para sua composição, os pesquisadores contaram com o apoio dos Fisioterapeutas e profissionais de Educação Física, vinculados às equipes NASF do distrito Continente. Estes profissionais indicavam as datas e locais onde aconteceriam as atividades em grupo para pessoas com DLC e os pesquisadores visitavam os grupos para divulgar a pesquisa e convidar os interessados a participar. Estes eram então contatados para o agendamento da coleta de dados, sendo o local e horário determinados de acordo com suas preferências. A maioria das entrevistas foi realizada nas unidades de saúde, e um pequeno número (15%) na residência ou local de trabalho.

Durante o período do estudo, os pesquisadores visitaram 34 grupos de autocuidado (formados conforme demanda) e 4 grupos de atividade física (permanentes) para divulgação da pesquisa e recrutamento de participantes. Entre as 178 pessoas que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foram entrevistados 91 participantes, em função dos motivos expostos na figura 6.

Figura 6 – Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra.



A amostra foi composta por 91 pessoas com DLC que participavam dos grupos de autocuidado para dores na coluna (n= 81) e grupos de atividade física (n = 10) ofertados pelas unidades de saúde: Monte Cristo, Coqueiros, Sapé, Coloninha, Estreito, Novo Continente e Balneário. A distribuição dos participantes de acordo com as unidades de saúde em que participavam das atividades citadas, está descrita no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa por unidades de saúde.

Unidade de Saúde	Número de entrevistados
Monte Cristo	24
Coqueiros	16
Sapé	10
Coloinha	24
Estreito	7
Novo Continente	6
Balneário	4

Para obtenção dos dados foram utilizados como instrumentos: o **“Formulário para Registro dos Dados Sociodemográficos e Clínicos”** (APÊNDICE A), a **Escala Numérica Visual**, o **Questionário de Rolland Morris** (ANEXO A), e o **Questionário de Qualidade de Vida SF-36** (ANEXO B).

O primeiro instrumento se trata de um formulário, elaborado pelos pesquisadores para realizar o registro dos dados sociodemográficos e clínicos, bem como, as informações sobre os hábitos de vida e saúde, e sobre os tratamentos dos participantes.

Já a Escala Numérica Visual consiste em uma escala numerada de 0 a 10, semelhante a uma régua, sendo 0 o equivalente a sem dor e 10 a dor máxima relatada pelo paciente (CARAVIELLO et al., 2005). De acordo com Sousa e Silva, 2005, este instrumento é considerado sensível, simples, de fácil entendimento e universal. Tem como objetivo mensurar, de forma quantitativa, a intensidade da dor percebida pelo paciente.

O Questionário de Rolland Morris–QRM foi utilizado nesta pesquisa para avaliar a incapacidade funcional percebida pelas pessoas

com dor lombar por ser de fácil aplicação, consistindo em questionário com 24 itens com pontuações de zero ou um (sim ou não), sendo que o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). O mesmo tem sido aplicado amplamente nas pesquisas para medir incapacidade funcional em pessoas com dor lombar (COSTA; MAHER; LATIMER, 2007; OCARINO, 2009; STEFANE et al., 2013), e também foi validado para utilização em populações com outros tipos de dor crônica (SARDÁ; NICHOLAS; PIMENTA, 2010). Neste estudo, valeu-se da versão brasileira do instrumento, que foi traduzido e adaptado para população brasileira (NUSBAUN, 2001), apresentando uma alta confiabilidade teste-reteste (ICC de 0,94) e entre examinadores (ICC de 0,95). A presença de Incapacidade Funcional foi considerada quando o total do score foi superior a 14 pontos (NUSBAUN et al, 2001).

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcome Study 36 - Item Short - Form Health Survey*) foi utilizado para avaliar a qualidade de vida. É um instrumento genérico e multidimensional, utilizado em muitas condições de saúde, sendo composto por 36 questões genéricas, onde cada item é respondido em escalas tipo *likert*. O instrumento é dividido em oito escalas denominadas ‘domínios’ (Capacidade funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). A variação do escore de cada domínio varia entre zero e 100, onde zero representa um maior comprometimento da qualidade de vida e 100 um menor comprometimento. O mesmo foi validado para língua portuguesa em 1997 (CICONNELLI et al., 1999), e tem sido utilizado como medida de qualidade de vida em outros estudos relacionados à DLC (TAVAFIAN; JAMSHIDI; MONTAREZI, 2008; ADORNO; BRASIL NETO, 2013; VERKEK et al., 2015).

Com o intuito de testar os instrumentos de coleta de dados citados nessa etapa, realizou-se, no período de julho a outubro de 2013 e abril de 2014, um estudo piloto com a participação de 10 pessoas com Dor Lombar Crônica, que foram entrevistados em algumas Unidades Básicas de Saúde (Coqueiros, Monte Cristo, Coloninha e Estreito). Através do estudo piloto foi possível:

a) Realizar ajustes no formulário para registro de entrevista através da modificação nas perguntas de algumas questões, e inclusão de outras variáveis como: presença de dores crônicas, utilização de tratamentos para o controle da DLC e opinião sobre a eficácia dos

tratamentos para DLC; Inclusão do Questionário de qualidade de vida SF-36.

b) Definir o tempo necessário para a realização da coleta dos dados, que foi de aproximadamente trinta minutos.

A coleta dos dados foi agendada previamente com os participantes, sendo a maioria realizada nas unidades de saúde (embora 15 coletas tenham sido realizadas na casa ou local de trabalho dos participantes). Os dados foram obtidos através de entrevistas com duração aproximada de quarenta minutos. Todas as questões foram lidas para os participantes e as respostas registradas pelos pesquisadores. Os dados foram coletados na seguinte ordem: (a) questões contidas no formulário (características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e utilização dos serviços de saúde); (b) Escala Analógica Visual (para identificar a intensidade da dor); (c) o Questionário Roland Morris (para verificar a incapacidade funcional); e (d) o Questionário de Qualidade de Vida SF-36. Todos os instrumentos foram aplicados pelos pesquisadores (duas fisioterapeutas e uma acadêmica de enfermagem) que foram treinados previamente para a coleta dos dados.

As variáveis estudadas no estudo quantitativo estão distribuídas em cinco grupos: (a) dados sociodemográficos; (b) dados ocupacionais; (c) dados sobre condição de saúde e hábitos de vida, (d) dados clínicos; e (e) dados sobre a utilização dos serviços de saúde para o cuidado dor lombar. Cada grupo com suas respectivas variáveis estão descritas a seguir.

a) Dados Sociodemográficos

Idade (variável quantitativa discreta): número de anos completos pelos sujeitos. Foi calculada a partir da data de nascimento referida pelo participante no momento da entrevista, e categorizada em faixas etárias (18 a 60 anos – adultos/ acima de 60 anos – idosos).

Sexo (variável qualitativa nominal): diferença física que distingue sexo feminino do masculino. Essa informação foi obtida através da informação e observação do participante

Estado Marital (qualitativa nominal): Considera o estado civil ou a união formal do sujeito nas seguintes categorias: solteiro, casado, união

consensual, separado, divorciado e viúvo. Foi obtido através do relato do sujeito na entrevista.

Situação Familiar: definida nesse estudo como a caracterização das pessoas que convivem na mesma casa em relação familiar, através do relato do sujeito na entrevista e categorizou-se em: vive sozinho, vive com marido e filhos, vive com marido e sem filhos, vive com filhos e netos, outros).

Anos de Estudo (variável qualitativa ordinal): caracterizada como o tempo de frequência ou permanência na escola. Foi medida pelo número de anos completos de estudo. Para descrição e análise, os resultados foram dicotomizados em “baixa escolaridade (≤ 8 anos) e “alta escolaridade” (> 8 anos).

Renda Familiar (variável qualitativa ordinal): conceituada como a soma da renda individual dos moradores no mesmo domicílio. Neste estudo, a renda familiar foi medida através da questão: *Com quantos salários mínimos a sua família vive?* Sendo considerado o número inteiro de salários mínimos referidos.

b) Dados Ocupacionais

Profissão (variável qualitativa nominal): compreendida neste estudo como o trabalho ou a atividade (especializada ou não) que o indivíduo exerce de forma remunerada. Foi informada pelo sujeito no momento da entrevista.

Situação Ocupacional Atual (variável qualitativa nominal): caracterizada como a situação do indivíduo em relação à sua profissão/emprego. Foi informada pelo sujeito no momento da entrevista e compreende as categorias: ativo, afastado, aposentado e desempregado.

Jornada de Trabalho (variável qualitativa ordinal): conceituada como o tempo em que o empregado permanece em seu local de trabalho, ou à disposição do seu empregador. Neste estudo se optou por defini-la como “Jornada de Trabalho Diária” e a mesma foi verificada através do número de horas diárias destinadas ao trabalho, conforme as categorias: 4 h/dia, 6h/dia, 8h/dia, 12h/dia, ocasional/sem jornada de trabalho fixa.

c) Dados Sobre as Condições de Saúde e Hábitos de Vida

Tabagismo (variável qualitativa nominal): Conceituado nesta pesquisa como o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Foram consideradas as seguintes categorias: *fumante atual* (quem consome qualquer número de cigarro/ dia); *ex-fumante* (os que abandonaram o hábito havia mais de um ano no momento da entrevista); e aqueles (as) que *nunca fumaram* (ALMEIDA et al., 2008)

Prática de Atividade Física (variável qualitativa nominal): **Atividade física é conceituada nesse estudo como** toda a movimentação produzida pela musculatura esquelética com gasto expandido de energia, como nas atividades domésticas, laborais e de lazer, exercícios e esportes (OMS, 2015). Neste estudo foi caracterizada como a prática, de qualquer atividade física relacionada à prática de exercícios e esportes, realizada semanalmente, com duração mínima de 30 minutos. Foram consideradas duas categorias: “*sim*” (prática) e “*não*” (não prática).

Frequência Semanal de Atividade Física: conceituada como o número de vezes por semana que as pessoas praticam atividade física e foi informada pelos participantes nas entrevistas.

Tipo de Atividade Física: caracterizada pela modalidade de atividade física realizada pelos participantes do estudo (caminhada, ginástica, musculação, dança, outros) e informada pelos participantes.

Obesidade: caracterizada nesse estudo como o aumento da reserva natural de gordura (ou excesso de peso) até o ponto em que passa a estar associado a problemas de saúde. Neste estudo foi medida através do cálculo do Índice de Massa Corporal que foi realizado com as medidas de peso e altura informadas pelos indivíduos no momento da entrevista, sendo categorizado conforme classificação utilizada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de Obesidade (2009), em: normal (18,5-24,9), sobrepeso (25 -29,9) e obesidade (≥ 30).

Qualidade do Sono (variável qualitativa ordinal): O sono é definido por Morch e Toni (2005), como uma necessidade física e primordial para

uma boa saúde e uma vida saudável na qual há restauração física que protege o indivíduo do desgaste natural das horas acordadas. Neste estudo a “qualidade do sono” é caracterizada como a percepção do indivíduo em relação à efetividade do sono em relação à restauração de sua energia. Foi informada pelo sujeito no momento da entrevista ao responder como considera a qualidade do seu sono na última semana. As categorias utilizadas foram: excelente, boa, regular, ruim, muito ruim.

Autopercepção de Saúde (variável qualitativa ordinal): variável relacionada à percepção do indivíduo em relação à sua saúde. Foi avaliada através da pergunta: “*Qual sua percepção sobre o seu estado de saúde atual?*”. A mesma foi extraída do estudo de Lima-Rodríguez e colaboradores (2013), assim como as categorias que serão utilizadas: excelente, boa, regular, ruim e muito ruim.

Consumo diário de álcool (variável qualitativa nominal): foi avaliada através da questão: *Com que frequência você tem consumido bebidas alcoólicas nos últimos doze meses?* Para análise e descrição esta variável foi dicotomizada em duas categorias: “Sim” (consumo diário de álcool) e “Não” (consumo eventual ou não consome álcool).

Presença de outras doenças Crônicas: Essa variável foi utilizada para verificar a presença concomitante de outras doenças crônicas nas pessoas com DLC, visto que um maior número de condições crônicas associadas pode aumentar a complexidade do cuidado e precisa ser considerada nas indicações de tratamento e serviços destinados aos pacientes. Para obter essa informação, os indivíduos foram indagados se fazem tratamento ou receberam diagnóstico clínico para cada uma das doenças crônicas citadas no formulário.

Qualidade vida: Qualidade de vida (QV) relacionada à saúde envolve, de um modo geral, a percepção da saúde e do impacto dos aspectos sociais, psicológicos e físicos sobre ela, que incluem os relacionados à saúde, mas excluem outros mais genéricos como, por exemplo, ganho salarial, liberdade e qualidade do meio ambiente (ZANEI, 2006). Nesta pesquisa será medida através do *The Medical Outcomes Study 36item Short-Form health survey* (SF-36).

d) Dados sobre a Dor Lombar

Causas da dor lombar crônica (variável qualitativa nominal): caracterizadas como as doenças ou distúrbios que podem estar relacionadas com a condição crônica da dor lombar e que foram diagnosticadas pelo médico ou comprovadas por exames de diagnóstico por imagem (ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética, Raio-X). Foram informadas pelo participante do estudo no momento da entrevista.

Tempo de Manifestação dos Sintomas (variável qualitativa ordinal): caracterizado neste estudo como o tempo em anos que indivíduo percebe os principais sintomas da doença (dor e incapacidade). Foi avaliado através da questão: “*Há quanto tempo você sente dor lombar?*”

Frequência da utilização de medicação para controle da dor (variável qualitativa ordinal): conceituada como a frequência (número de dias por semana) em que o indivíduo utiliza medicamentos com efeito analgésico na última semana. Foi informada pelo participante.

Presença de outras dores crônicas: nesse estudo a dor crônica é caracterizada como dor persistente por mais de seis meses (IASP, 1994). Foram consideradas oito variáveis classificadas por regiões de acordo com a localização da dor (cervical, ombros, braços, mão/punho, joelhos, quadril, pernas, pés/tornozelos). Para cada variável citada foram consideradas duas categorias: “*sim*” (presença de dor) e “*não*” (ausência de dor).

Intensidade da Dor (variável quantitativa intervalar): conceituada como a intensidade da dor percebida pelo indivíduo na última semana. Foi medida através da Escala Analógica Visual (CARAVIELLO et al., 2005).

Nível de Incapacidade Funcional (variável quantitativa intervalar): caracterizada como nível de incapacidade percebida pelo indivíduo para realizar suas atividades de vida diária, laborais e/ou de lazer. Foi medida através do valor total obtido no Questionário Roland Morris e classificada de acordo com o ponto de corte descrito por NUSBAUM et al. (2001), sendo categorizado como: sem presença de incapacidade (score entre 0 e 14 pontos), e com presença de incapacidade (score superior a 14 pontos).

e) Dados sobre a utilização dos serviços de saúde

Utilização dos Serviços de Saúde: variável relacionada ao tipo de serviços que as pessoas utilizaram nos últimos seis meses por causa da dor lombar. As categorias estão agrupadas em três grandes grupos (Serviços da Atenção Básica, Serviços Especializados e Serviços de Hospitais). Em cada grupo estão relacionados os principais tipos de serviços que o Sistema Único de Saúde disponibiliza para as pessoas com dor lombar crônica e para cada um deles os indivíduos informaram se o utilizaram no último ano por causa da DLC.

Utilização de Serviços Privados (variável qualitativa): Corresponde à utilização de qualquer serviço de saúde privado para o cuidado/tratamento da Dor Lombar Crônica (consultas, terapias, exames, medicações), desde que começaram os sintomas da doença. Foram consideradas duas categorias: “*sim*” (já utilizou) e “*não*” (nunca utilizou).

Orientação sobre a Dor Lombar Crônica (variável qualitativa): corresponde ao recebimento de orientações sobre a Dor Lombar Crônica durante o contato com os profissionais de saúde. Foram consideradas duas categorias “*sim*” (já recebeu alguma orientação) e “*não*” (nunca recebeu nenhuma orientação). Nessa variável, qualquer orientação recebida (sobre a doença, cuidados ou tratamento), por qualquer profissional de saúde foi considerada dentro da categoria “*sim*”.

Satisfação com as orientações recebidas (variável qualitativa): relacionada à satisfação do usuário em relação às orientações recebidas pelos profissionais de saúde que prestaram atendimento em função da DLC. Foi avaliada através da questão: “*Você se sentiu satisfeito com as orientações que recebeu?*”, sendo as respostas enquadradas dentro das categorias: “*sim*” (satisfeito) e “*não*” (insatisfeito).

Utilização de tratamentos para controle da DLC: dentro desta questão agrupa-se 14 variáveis que correspondem aos principais tratamentos existentes para Dor Lombar Crônica. Para cada item (tratamento) dessa questão os participantes responderam se já utilizaram essa forma de tratamento para o cuidado da sua dor lombar, através das categorias; Sim/Não.

Opinião sobre a eficácia dos tratamentos realizados para DLC: Variável relacionada à opinião (percepção subjetiva) dos indivíduos sobre a eficácia dos tratamentos citados no item anterior, para o controle e/ou alívio dos sintomas da DLC. Para cada item do grupo de variáveis “*Utilização de tratamentos para controle da DLC*” que o indivíduo tiver respondido “Sim”, foi questionado se considera que a utilização desse tipo de tratamento auxiliou no controle/melhora dos sintomas da DLC. As respostas foram enquadradas nas categorias Sim/Não.

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados foram revisadas e alimentadas em planilhas do programa Excel®. Foram elaboradas duas digitações que posteriormente se comparou com o objetivo de checagem de consistência. Após essa etapa os dados foram transferidos para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20, e a análise estatística se realizou em duas etapas.

A primeira etapa foi a análise através da estatística descritiva de todas as variáveis estudadas (frequências absolutas/relativas e percentuais, além dos cálculos de média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas). Na segunda etapa, utilizou-se análise inferencial para confecção do Artigo 1, cujo objetivo foi: analisar os fatores relacionados com incapacidade em pessoas com DLC que utilizam os serviços da Atenção Primária. Na análise inferencial foram utilizados os testes do X^2 ou exato de Fisher para associação univariada entre as variáveis e a presença de incapacidade funcional. A associação multivariada foi analisada por meio de Regressão Logística Hierarquizada (Regressão de Poisson), estimando-se Razão de Prevalência (RP) e IC95%, considerando $p < 0,05$ como valor de significância. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises brutas.

5.3.2 Estudo qualitativo - O cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica oferecido na Atenção Básica

Essa etapa foi realizada através de uma abordagem qualitativa, com o intuito de responder à seguinte questão: **Como é realizado o cuidado para pessoas com dor lombar crônica, atendidas na Atenção Básica?**

A escolha pela abordagem qualitativa se justifica pelo fato desta permitir a compreensão de processos sociais ainda pouco conhecidos, além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, bem como, a construção de novas teorias (MINAYO, 2008). Para Strauss e Corbin (2008), na pesquisa qualitativa é possível explorar sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e ainda, em relação ao funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações, cujo objetivo é descobrir conceitos e relações nos dados brutos, e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico.

O método selecionado foi a Teoria Fundamentada dos Dados, uma abordagem metodológica que propõe a construção de teoria derivada dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa (BAGGIO; ERDMANN, 2009). Para Strauss e Corbin (2008, p. 34), “teorizar é um trabalho que implica não apenas em conceber ou intuir ideias, mas também em formular ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório”. No processo de construção de um modelo teórico, as hipóteses e as proposições que emergem dos dados devem ser continuamente verificadas e comparadas com os novos dados, sendo modificadas, estendidas ou desconsideradas, conforme indicado e necessário. Esse processo caracteriza a análise comparativa da TFD, componente fundamental deste tipo de investigação. Dessa forma, o termo “teoria” refere-se a “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos, relacionados por meio de declarações que, juntas, constituem uma estrutura integrada, a qual pode ser usada para explicar ou prever fenômenos” (STRAUSS; CORBIN, 2008. p. 29).

Essa abordagem é bastante utilizada na área de saúde (principalmente na enfermagem), pois sua metodologia é focalizada na ação e interação humana, sendo adequada para investigar fenômenos relacionados com as interações entre pacientes, familiares e equipe de saúde (LOMBORG; KIRKEVOLD, 2003), e possibilita um novo olhar sobre a realidade através da construção de conhecimento de realidades pouco exploradas, buscando buscar questões que estão veladas mediante a compreensão de significados que atores sociais atribuem a suas próprias ações e interações (DANTAS et al., 2009). Assim, considera-se que a TFD seria apropriada para este estudo que buscou compreender através das percepções dos participantes, como as pessoas com DLC são cuidadas no contexto da AB.

Essa metodologia foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, na década de 60, durante a fase modernista recebendo influências do interacionismo simbólico e do pragmatismo (HALL; GRIFFITHS, 2013; HIGGINBOTTOM; LAURIDSEN, 2014). No decorrer das décadas seguintes em função das divergências epistemológicas dos próprios autores e dos seguidores do método, outras correntes metodológicas surgiram nas décadas seguintes. Hunter e outros autores (2011) descrevem que as três principais correntes metodológicas frequentemente utilizadas são: **Corrente Clássica** (representa a forma pura originada no trabalho inicial de Glaser e Strauss), **Corrente Straussiana** (representa a abordagem modificada tornando o método mais transparente aos pesquisadores), e **Corrente Construtivista** (o remodelamento mais recente da TFD). Independentemente das diferentes visões epistemológicas, todas as correntes compartilham elementos comuns, que caracteriza o método como a construção de uma teoria (corpo de conhecimento) com base na análise sistemática dos dados investigados de determinada realidade, através da comparação constante e organização em categorias conceituais. As similaridades e diferenças entre as correntes estão ilustradas no Quadro 5.

Quadro 5 - Comparação entre as correntes de Teoria Fundamentada nos Dados.

Comparação entre os três tipos de Teoria Fundamentada nos Dados – TFD			
	Clássica	Straussiana	Construtivista
Identificando a área problema	<ul style="list-style-type: none"> • Emergente • Nenhuma revisão de literatura inicial 	Experiência, pragmatismo e literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos sensibilizantes • Disciplinas específicas
Condução da pesquisa e desenvolvimento da teoria	Geração de teoria “Laissez-faire”	Modelo paradigmático	Coconstrução e reconstrução dos dados dentro da teoria
Relação entre os participantes	Independente	Ativa	Coconstrução
Avaliação da teoria	Ajuste, operacionalidade, relevância, modificabilidade	Validade, confiabilidade, eficiência e sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Situando a teoria no tempo, cultura e contexto • Interpretação reflexiva do pesquisador
Codificação	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação aberta • Codificação seletiva • Codificação teórica 	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação aberta • Codificação axial • Codificação seletiva 	Codificação inicial e codificação focalizada para sintetizar grandes quantidades de dados

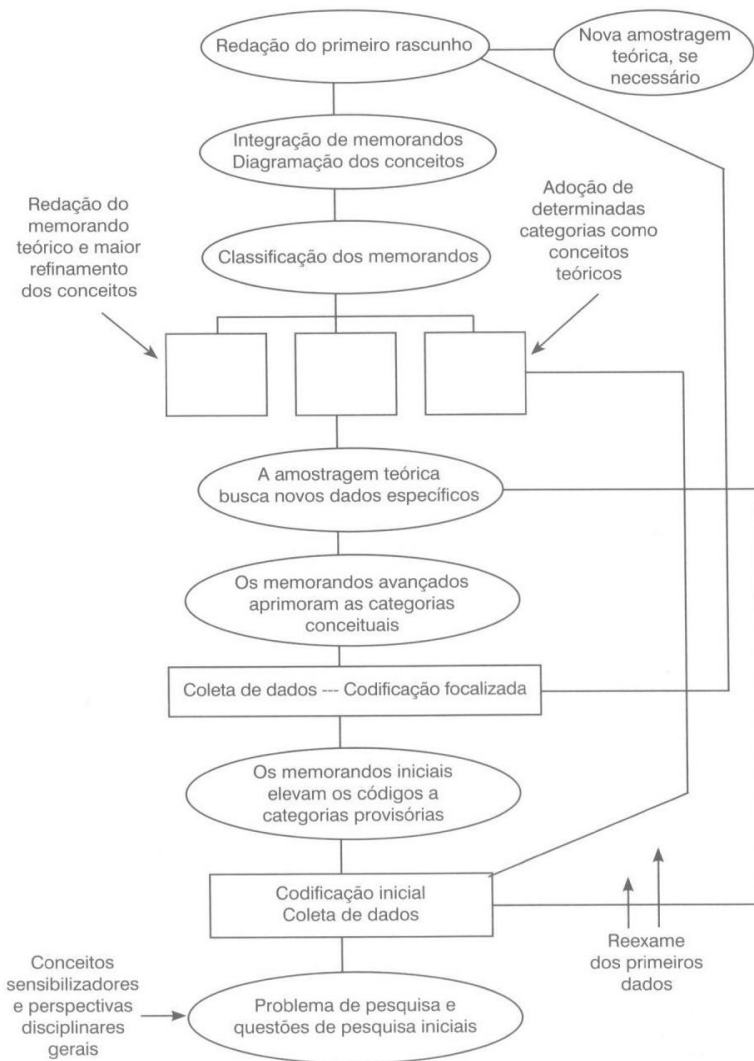
Fonte: Traduzido e adaptado de Hunter et al., 2011.

Entre as correntes metodológicas da TFD, este estudo utilizou a perspectiva construtivista proposta por Charmaz (2009; 2013), por considerar que essa abordagem se aproxima do referencial filosófico

utilizado ao considerar a multidimensionalidade envolvida nesse processo e que a interpretação do mesmo é resultado da interação do pesquisador com o fenômeno investigado. Segundo Charmaz (2009, p.25), essa perspectiva, que tem sua base no interacionismo simbólico, permite construir as teorias fundamentadas: *“por meio do nosso envolvimento e da nossa interação com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa”*, oferecendo dessa forma, um retrato interpretativo do fenômeno estudado, e não um quadro fiel dele. Santos (2011), afirma que a orientação epistemológica construtivista, considera: a atenção ao contexto, o posicionamento dos participantes quando às situações em estudo e suas ações e as múltiplas realidades. Outras características dessa abordagem são: a identificação da perspectiva do investigador pelo próprio (reduzindo o seu efeito durante o processo de recolha e análise dos dados, sendo importante não negar esta influência), e o uso de conceitos sensibilizadores e perspectivas disciplinares para o desenvolvimento de ideias sobre os processos definidos em seus dados.

A figura 7 representa o processo da teoria fundamentada na perspectiva construtivista:

Figura 7 - Processo da Teoria Fundamentada na perspectiva construtivista de Charmaz.



Fonte: Charmaz (2009).

5.3.2.1. Processo de Amostragem Teórica

A definição dos participantes do estudo qualitativo foi realizada através da amostragem teórica, que constitui um dos principais pressupostos norteadores da TFD. A amostragem teórica é definida por Strauss e Corbin (2008), como o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e o adensamento das categorias, suas propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações que surgem ao longo da pesquisa. Para Charmaz (2009), a amostragem inicial na TFD é onde se começa, enquanto que a amostragem teórica é a que irá orientar onde o pesquisador deve ir. Diante desse conceito, o pesquisador deverá construir sua amostragem durante o processo de pesquisa, uma vez que ela é baseada nos conceitos que surgem na análise dos dados. A mesma é finalizada quando se alcança a saturação teórica, ou seja, quando nenhum dado relevante ou novo emerge, o desenvolvimento da categoria é denso e as relações entre as categorias são bem estabelecidas. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo de coleta de dados deste estudo levou a uma amostragem teórica constituída de 29 participantes, que estão distribuídos em 4 grupos amostrais. Os critérios utilizados para inclusão no estudo foram: atuar como profissional nas equipes de ESF ou NASF do distrito continental, por no mínimo seis meses; ou ser usuário das unidades do distrito há mais de um ano, com queixas de dor lombar crônica com duração superior a 6 meses.

O primeiro grupo amostral foi constituído por 6 médicos das equipes de ESF. Essa categoria profissional foi selecionada, pois os médicos são os primeiros profissionais que as pessoas com DLC buscam para o cuidado e a questão indutora foi: *Como você realiza o atendimento das pessoas com Dor Lombar Crônica?* A partir da coleta de dados com esses profissionais, evidenciaram-se duas hipóteses: (a) o cuidado da DLC era centralizado nas ações organizadas por Fisioterapeutas e Educadores Físicos das equipes NASF; (b) os agentes de saúde e os enfermeiros das equipes de ESF também participam do cuidado das pessoas com DLC, nas ações de acolhimento.

A partir dessas hipóteses, foram formados o segundo e o terceiro grupo amostral. O segundo grupo se compôs por 4 fisioterapeutas e 3 profissionais de educação física que integravam as equipes NASF. O

objetivo das entrevistas com esse grupo amostral foi explorar aspectos sobre sua participação no cuidado e as estratégias de cuidado direcionadas para pessoas com DLC. Já o terceiro grupo amostral se constituiu por 3 enfermeiras e 4 agentes de saúde das equipes de ESF, totalizando 7 participantes. O foco principal das entrevistas desse grupo foi compreender como esses profissionais estavam envolvidos no cuidado de pessoas com DLC.

No decorrer da análise das entrevistas dos três grupos se evidenciou que o cuidado organizado e proposto pela AB dependia da interação entre a AB e as pessoas com DLC, sendo estes também protagonistas do cuidado. Dessa forma, um quarto grupo amostral foi composto por 9 pessoas com DLC que utilizam os serviços da AB. O foco das entrevistas desse grupo era compreender como era o cuidado na perspectiva destes usuários.

Ao final da coleta do quarto grupo amostral, considerou-se que a saturação teórica foi alcançada e a coleta dos dados através de entrevistas foi finalizada. A questão indutora e o roteiro para as entrevistas utilizadas para cada grupo amostral estão apresentados no Apêndice B

5.3.2.2 Técnicas e coleta de Dados

As técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram as entrevistas intensivas e a observação. A utilização de duas técnicas permitiu a complementaridade das informações e uma conceituação mais fidedigna do fenômeno explorado.

As entrevistas são descritas por Charmaz (2009) como “uma conversa direcionada que permite um exame minucioso de um determinado tópico ou experiência”. As entrevistas podem variar de uma exploração vagamente orientada dos tópicos a questões focais estruturadas, permitindo ao pesquisador: ir além das experiências descritas; interromper para explorar um determinado tópico; solicitar mais detalhes ou explicações; questionar o participante sobre suas ideias, sentimentos e ações; voltar a um ponto anterior; reformular uma ideia emitida pelo entrevistado para checar sua exatidão; alterar a ordem dos questionamentos; e utilizar as habilidades sociais e de observação para promover a discussão a partir dos questionamentos realizados.

Para a realização das entrevistas foi organizado um roteiro inicial em que foram coletados inicialmente dados de caracterização dos

participantes e após, questões norteadoras que variaram de acordo com os assuntos que seriam discutidos com cada grupo amostral.

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde, ou em outro local indicado pelos participantes, sendo gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio e gravação. A duração das mesmas variou entre 15 minutos e 2 horas e 10 minutos conforme as circunstâncias da entrevista e o assunto discutido. As gravações foram transcritas, utilizando o *Microsoft Office Word®* e em seguida transferidas para o software *Atlas ti® 7.5.2*, através do qual foi realizado o processo de codificação e organização dos dados coletados.

A outra técnica utilizada foi a observação “com participação moderada”. De acordo com Trentini e Paim (2004), nessa modalidade de observação o pesquisador mantém o equilíbrio pertencer e não pertencer ao grupo, podendo ver a situação de “dentro” e de “fora”. Nesse sentido, a pesquisadora ofereceu ajuda durante as atividades observadas, mas não interferiu no desenvolvimento nas ações e orientações às pessoas com DLC.

As observações ocorreram nos momentos em que a pesquisadora estava no campo para recrutar novos participantes para a pesquisa. Dessa forma, elas foram focalizadas nas atividades dos grupos (autocuidado, práticas corporais, Atividade Física). Os aspectos observados foram: ambiente de realização das ações de cuidado, interações entre profissionais e pessoas com DLC e forma de desenvolvimento das atividades de cuidado. As informações referentes às observações se registraram em um diário de campo e posteriormente utilizadas para complementação da análise dos dados obtidos através das entrevistas.

5.3.2.3. *Análise dos Dados*

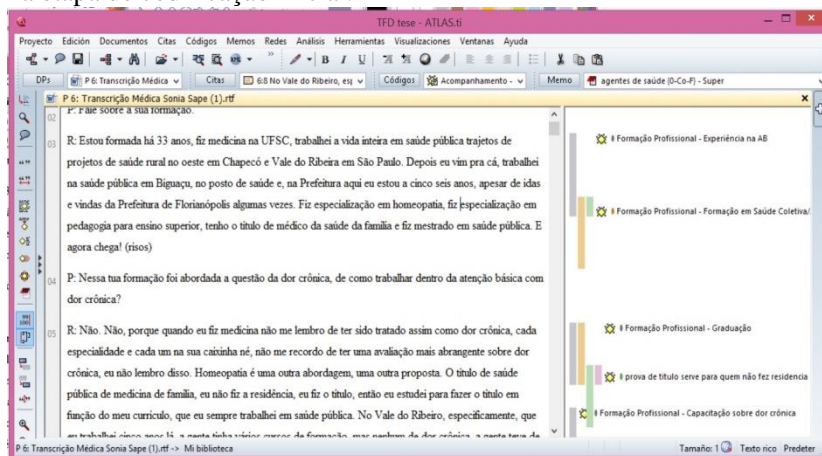
A análise de dados ocorreu simultaneamente ao processo de coleta de dados, pois à medida que os dados eram coletados, os mesmos eram analisados e essas análises direcionavam as coletas seguintes buscando novas informações ou consolidando os conceitos emergentes.

A análise dos dados foi realizada conforme a proposta de Charmaz (2009), sendo composta por duas etapas principais: codificação inicial e codificação seletiva. A codificação inicial é a fase inicial que envolve a leitura das entrevistas e a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado. A codificação seletiva utiliza os

códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes grupos de dados.

Na etapa de codificação inicial se optou pela codificação “incidente por incidente”, sendo que todas as entrevistas foram analisadas buscando codificar (provisoriamente) cada incidente em quantos códigos fossem possíveis, como exemplificado na Figura 8.

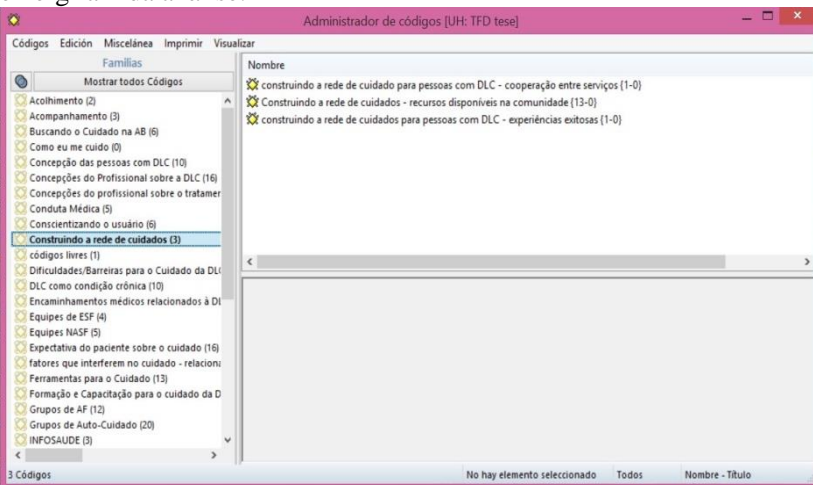
Figura 8 - Exemplo de uma entrevista transcrita e os códigos atribuídos na etapa de codificação inicial.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na fase de codificação focalizada e seletiva, os códigos mais significativos foram reagrupados e comparados a fim de se buscar similaridades e diferenças conceituais, formando categorias. Essas categorias eram nomeadas provisoriamente com nomes que sintetizavam ou explicavam um segmento maior de dados (Figura 9). A partir das conexões teóricas entre as categorias, chega-se à teoria emergente ou fenômeno emergente (Charmaz, 2009).

Figura 9 - Exemplo de códigos agrupados em uma das categorias que emergiram da análise.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Durante todo o processo analítico dos dados, dois recursos foram utilizados para auxiliar a pesquisadora a compreender a articulação entre os conceitos e aprofundar o nível de abstração: a redação de memorandos e elaboração de diagramas. Os memorandos são anotações analíticas informais que auxiliam na comparação de dados, exploração de ideias sobre os códigos e direcionamento de nova coleta de dados (Charmaz, 2009). Já os diagramas são representações gráficas sobre a relação dos conceitos e demonstram a densidade e complexidade da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Após a análise de cada entrevista eram realizados os memorandos iniciais e diagramas que representavam a articulação de alguns códigos e ideias. Ao longo do processo foram sendo desenvolvidos outros memorandos mais avançados e diagramas mais complexos que ajudaram a pesquisadora a construir os conceitos e compreender como as categorias estavam articuladas entre si. Alguns exemplos destes recursos estão apresentados nas figuras 10 (memorando) e 11 (diagrama)

Figura 10 - Exemplo de um Memorando realizado durante a análise dos dados.

Memorando 7
<p>Durante a entrevista com a profissional Pr6, a mesma demonstrou-se preocupada com os pacientes que são retirados da lista para fisioterapia quando não comparecem nos grupos de autocuidado para o que ela denomina de "triagem". A médica não sabe como é feita essa exclusão, mas percebe ao acompanhar ao prontuário que muitos pacientes são excluídos das listas por não comparecerem no grupo. A mesma coloca que é importante ter uma visão mais abrangente sobre a necessidade das pessoas, pois nem sempre o fato de a pessoa ter faltado, significa que ela não quer ser cuidada. Ela enfatiza que o objetivo dessa atividade não é apenas "limpar as filas" e que cada caso precisa ser visto com "mais calma".</p> <p>Essa questão precisa ser mais explorada pois gera diversos questionamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A proposta dos grupos é focalizada apenas na "triagem" das pessoas? - Por que algumas pessoas não comparecem? - O que realmente acontece com os pacientes que não comparecem nos grupos? <p>OBS. Essas questões devem ser exploradas nas entrevistas com os Fisioterapeutas e com os profissionais de Educação Física (responsáveis pelas atividades dos grupos de autocuidado).</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 11 - Exemplo de um Diagrama realizado durante a análise dos dados.



Fonte: elaborado pelo autor

Ao final do processo de análise dos dados emergiram 8 categorias e 28 subcategorias e um modelo esquemático, que representa a articulação entre as categorias, foi desenvolvido, e passará pelo processo de validação.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os aspectos éticos da pesquisa foram seguidas as recomendações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2013). As duas etapas da pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob os Pareceres: n. 252540 de 23/04/2013, e n. 792.164 de 12/09/2014.

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES C e D), que garantia aos mesmos: receber esclarecimentos sobre a pesquisa, a confidencialidade da identidade e das informações coletadas, bem como liberdade para se retirar do estudo em qualquer momento que julgasse conveniente. Os dados das entrevistas foram registrados com números (etapa quantitativa) e códigos (etapa qualitativa) para garantir o anonimato dos participantes.

6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados das pesquisas, quantitativa e qualitativa, bem como os resultados no formato de três manuscritos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC. Os títulos dos manuscritos e seus respectivos objetivos estão descritos no quadro abaixo:

Título	Objetivo
Manuscrito 1 - Dor Lombar Crônica e Incapacidade em usuários da Atenção Primária à Saúde	Analisar os fatores relacionados com incapacidade em pessoas com DLC que utilizam os serviços da Atenção Primária à Saúde.
Manuscrito 2 – O cuidado às Pessoas com Dor lombar Crônica no Complexo Contexto da Atenção Básica	Compreender como o cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica está estruturado no contexto da Atenção Básica sob a perspectiva da teoria da complexidade.
Manuscrito 3 - Perfil dos usuários com Dor Lombar Crônica, utilização dos serviços e a relação com o cuidado na Atenção Básica: um estudo de métodos mistos	Compreender a relação entre o perfil das pessoas que utilizam a AB e o cuidado ofertado.

6.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os dados obtidos por meio da etapa quantitativa da pesquisa revelaram informações sobre as características sociodemográficas e profissionais, os hábitos de vida (comportamentos de saúde), os tratamentos realizados e a utilização dos serviços nos diferentes níveis de atenção. Os resultados desses dados foram utilizados na elaboração dos manuscritos 1 e 3 da tese.

Em relação às características sociodemográficas (Tabela 1), os participantes do estudo são predominantemente pessoas do sexo feminino, casados e que vivem com companheiros e/ou familiares. Em relação à idade, destaca-se que o grupo entrevistado é formado

majoritariamente por adultos e idosos. Aproximadamente metade dos entrevistados possuem baixa escolaridade e a maioria (aproximadamente 2/3) possuem baixa renda familiar.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pessoas com DLC participantes do estudo. Florianópolis, 2016.

Características sociodemográficas	N	%	Média (DP)	Varição
Sexo (n = 91)				
Masculino	18	19,8		
Feminino	73	80,2		
Idade - anos (n = 91)				
			55,3 (12,6)	18 - 80 anos
18-30	4	4,4		
31 – 45	13	14,3		
46-60	42	46,2		
>60	32	35,2		
Estado Civil (n = 91)				
Solteiro	20	22,0		
Casado	45	49,5		
Separado/divorciado	17	18,7		
Viúvo	9	09,9		
Situação Familiar (n = 91)				
Vive sozinho	12	13,2		
Vive com companheiro	20	22,0		
Vive com companheiro e familiares	34	37,4		
Vive com familiares (s/companheiro)	18	19,8		

Outros	7	07,7		
Escolaridade - anos de estudo (n = 89)			8,5 (4,4)	01 - 19 anos
≤8 anos completos de estudo	45	50,6		
>8 anos completos de estudo	44	49,4		
Renda Familiar Mensal (n = 90)			2,7 (1,7)	01 -08 SM
1 a 3 SM	61	67,8		
4 a 7 SM	28	31,1		
≥ 7	1	01,1		

*SM = salários mínimos

A ocupação profissional tem sido apontada por muitos pesquisadores como um dos fatores relacionados com ocorrência da Dor Lombar Crônica (e manutenção do quadro doloroso) tornando o contexto profissional um aspecto frequentemente investigado pelos profissionais de saúde da Atenção Primária, com o intuito de adequar as orientações de autocuidado de acordo com as exigências laborais. Dessa forma, buscou-se identificar algumas características profissionais dos participantes do estudo, que estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de Frequência e percentuais das características profissionais das pessoas com DLC participantes do estudo. Florianópolis, 2016.

Características Profissionais	N	%
Situação Atual (n = 91)		
Ativo	30	33,0
Afastado	18	19,8
Aposentado	22	24,2
Desempregado	6	06,6
Atividade Doméstica (donas de casa)	15	16,5

Carga Horária Semanal (n = 30)

4 horas/dia	3	10,0
6 horas/dia	3	10,0
8 horas/dia	14	46,7
12 horas/dia	2	06,7
Ocasional	8	26,6

Tipo predominante de serviço (n =85)

Serviço administrativo	13	15,29
Serviço doméstico (inclui donas de casa)	27	31,76
Serviços cozinha	11	12,94
Serviços manuais	12	14,12
Serviços que exigem postura em pé	15	17,65
Serviços que exigem esforço físico	7	08,24

Satisfação no Trabalho (ativos n=30)

Sim	24	80%
Não	8	20%

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação à atividade profissional, a maioria (n = 85) dos entrevistados não exerce atividade profissional regulamentada, correspondendo aos aposentados, desempregados e donas de casa, que constituem dessa forma os principais grupos de pessoas com DLC que participam das atividades em grupo propostas pela ABS.

Entre os participantes, aproximadamente metade continua ativo nas suas atividades profissionais (incluindo as donas de casa, pois embora essa não seja uma profissão regulamentada, as atividades realizadas também exigem funcionalmente e socialmente daqueles que as executam). Destacam-se ainda que, aproximadamente, 20% se encontram afastados da sua atividade profissional por causa da incapacidade provocada pela DLC, enquanto aproximadamente 30% dos entrevistados não desenvolve atividades profissionais, uma vez que estão aposentados (24,6%) ou desempregados (6,6%).

Outro grupo de variáveis pesquisadas foram aquelas relacionadas ao estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física e obesidade) e às condições de saúde (qualidade do sono, presença de outras doenças crônicas e qualidade de vida). Os resultados relacionados às variáveis citadas estão descritos na Tabela 03.

Tabela 3 - Características das condições de saúde e hábitos de vida dos participantes do estudo. Florianópolis, 2016.

Variáveis (comportamentos de saúde)	N	%	Média (DP)
Tabagismo (n=91)			
Não fumante	41	45,1	
Fumante	37	40,7	
Ex-Fumante	13	14,3	
Alcool (n=91)			
Não	58	63,7	
Sim	33	36,3	
Atividade Física- AF (n=91)			
Sim	45	49,5	
Não	46	50,5	
Frequência Semanal de AF (n=45)			
< 3	16	35,56	
≥ 3	29	64,44	
Tipo de Atividade Física (n=45)			
Caminhada	25	55,55	
Ginástica	10	22,22	
Musculação	12	26,66	
Alongamento	3	6,66	

Corrida	2	4,44
Ciclismo	2	4,44
Outros	2	4,44
IMC		
Normal	27	30,34
Sobrepeso	38	42,70
Obesidade	24	26,97
Qualidade do Sono		
Excelente	4	4,4
Bom	26	28,6
Regular	28	30,8
Ruim	18	19,8
Muito Ruim	15	16,5
Outras Doenças Crônicas		
Não	16	17,58
Sim	75	82,42
Qualidade de Vida		
Capacidade Funcional		50,60 (26,97)
Aspectos Físicos		29,94 (40,52)
Aspectos Emocionais		46,52 (45,77)
Dor		38,10 (21,85)
Vitalidade		48,29 (25,17)
Aspectos Sociais		57,38 (31,46)
Saúde Mental		56,09 (25,20)
Estado Geral Saúde		42,28 (23,12)

Fonte:elaborado pelo autor

Em relação aos hábitos de vida, a maior parte das pessoas entrevistadas não fuma (59,4%) e não bebe (63,7%). No entanto,

aproximadamente 70% dos participantes apresentam sobrepeso ou obesidade e metade não realiza nenhum tipo de atividade física (sedentarismo). Entre os indivíduos que praticam algum tipo de atividade física, a maior parte realiza com frequência semanal igual ou superior a três vezes na semana e as modalidades mais praticadas são: caminhada, ginástica e musculação.

Já em relação às condições de saúde, a qualidade do sono é considerada boa/excelente para apenas 1/3 dos entrevistados e a maioria (82,42%) das pessoas com DLC apresentam outras doenças crônicas concomitantes, sendo as mais frequentes: Hipertensão Arterial (45%) e Ansiedade/Depressão (35%). Os domínios relacionados à qualidade de vida que apresentaram escores piores foram “limitação por aspectos físicos” e “dor”.

As características clínicas relacionadas à DLC que foram abordadas no estudo foram: duração dos sintomas, intensidade da dor, nível de incapacidade funcional percebida e a presença concomitante de outras dores crônicas (bem como as locais mais frequentes). Os resultados dessas variáveis são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Características Clínicas das pessoas com DLC. Florianópolis, 2016.

Dor Lombar Crônica (n=91)	N	%
Duração dos Sintomas		
≤ 2 anos	17	18,68
3 a 10 anos	51	56,04
> 10 anos	23	25,27
Intensidade da Dor		
Sem dor	12	13,19
Leve	18	19,78
Moderada	37	40,66
Intensa	24	26,37
Nível de Incapacidade Funcional		

Baixa	52	57,14
Alta	39	42,86
Presença de outras Dores Crônicas		
Não	15	16,50
Sim	76	83,50
Locais de Outras Dores Crônicas		
Cervical	47	51,6
Ombros	47	51,6
Braços	35	38,5
Mão/punhos	30	33
Joelho	39	42,9
Quadril	34	37,4
Pernas	33	36,3
Pé/Tornozelo	28	30,8
Outros (cefaleia/enxaqueca)	6	6,6

A maior parte das pessoas entrevistadas já apresentam sintomas de DLC e convivem com essa condição há vários anos (sendo que 25% dos participantes apresentam sintomas há mais de 10 anos). Estes resultados podem estar relacionados com a idade das pessoas com DLC que participam dos grupos e atividades promovidas pela Atenção Básica, que são, em sua maioria, adultos na faixa etária entre 40 e 60 anos, e idosos.

A intensidade da dor referida pelos participantes é variável, mas aproximadamente 67% apresentavam intensidades moderada ou intensa no momento da entrevista e para aproximadamente 42% a DLC produzia alto nível de incapacidade funcional, prejudicando de forma considerável suas atividades diárias. Também se verificou um alto percentual (83%) de pessoas que referem outras dores crônicas, além da DLC, e em diferentes locais do corpo, muitas vezes distantes da coluna lombar, tais como cervical, ombros e joelhos.

Outro aspecto investigado no estudo foram as modalidades de tratamento já utilizadas pelas pessoas com DLC para o controle e alívio

da dor (Tabela 5). A maioria utiliza medicações para analgesia, mas também relata a utilização de outras modalidades não farmacológicas para alívio da dor e tratamento, entre elas, as mais relatadas foram: exercícios em casa, uso de calor, uso das orientações posturais e prática de atividade física (as mesmas também são as modalidades orientadas pelos profissionais dos grupos de autocuidado da Atenção Básica, onde o estudo foi realizado).

Tabela 5 - Modalidades de tratamento utilizadas pelas pessoas com DLC. Florianópolis, 2016

Modalidades de Tratamento	n	%
Medicação (utilização atual) (n=91)		
Não	29	31,9
Sim	62	68,1
Frequência de uso de medicação (n=62)		
1 a 2 x semana	9	9,9
3 a 5 x semana	9	9,9
Uso diário	19	20,9
Uso esporádico	25	27,5
Tratamentos realizados		
Massagem	29	31,9
Exercícios em casa	63	69,2
Acupuntura	35	38,5
Fisioterapia	44	48,4
Pilates	9	9,9
Calor	70	76,9
Orientações Posturais	70	76,9
Atividade Física	64	70,3
Hidroterapia	16	17,6
Outros (fitoterapia, crioterapia)	2	2,20%

Além das características das pessoas com DLC, também se buscou nesse estudo descrever o perfil de utilização dos serviços de saúde e outras informações relacionadas com o cuidado (dificuldade de agendamento, orientações sobre cuidado da DLC). Essas variáveis (Tabela 6) foram analisadas conjuntamente com os dados qualitativos para compreender alguns aspectos envolvidos no cuidado das pessoas com DLC, tais como: acesso, fluxo de cuidado, relação entre serviços de outros pontos de atenção e serviços privados, orientações sobre a condição e o cuidado da DLC. A integração desses resultados com os dados qualitativos é apresentada no artigo 3.

Tabela 6 - Características relacionadas ao cuidado das pessoas com DLC (utilização dos serviços, orientações para o cuidado) Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ÚLTIMO ANO		
Atenção Primária		
Consultas Médico da ESF	65	71,5
Grupos de Autocuidado	60	66
Consultas Fisioterapia	15	16,5
Práticas Integrativas Complementares	9	9,9
Grupos de AF	7	7,7
Consultas/atividades Psicólogos	2	2,2
Atenção Especializada		
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	6	6,6
Consultas Ortopedista	29	32
Consultas Reumatologista	4	4,4
Fisioterapia	7	7,7
Acupuntura	7	7,7
Hospitais		
Emergência	22	24,2
Internações	2	2,2

Ambulatório	14	15,4
DIFICULDADE AGENDAMENTO SERVIÇOS NA AB		
Não	38	41,76
Sim	43	47,25
Não sabe responder	10	10,99
UTILIZAÇÃO SERVIÇOS PRIVADOS		
Não	38	41,76
Sim	53	58,24
ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS COM A DLC		
Não recebeu	27	29,7
Recebeu	64	69,2
ORIENTAÇÃO/PROFISSIONAIS		
Médico	31	34,1
Agente Saúde	2	2,2
Fisioterapeuta	52	57,1
Educador Físico	48	52,7
Enfermeira	2	2,2

6.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Na etapa qualitativa do estudo participaram 20 profissionais de saúde e 9 pessoas com DLC que estavam inseridos no contexto do cuidado na Atenção Básica à Saúde, no distrito selecionado para o estudo. Os quadros 6 e 7 detalham o perfil dos participantes.

Quadro 6 – Caracterização dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa qualitativa, Florianópolis, 2016.

Grupo Amostral	Código	Profissão	Equipe	Tempo de atuação na AB/Saúde Pública	Tempo de atuação no local de pesquisa	CH semanal/unidades
Primeiro Grupo	Pr1	Médico	ESF	3,5 anos	1,5 anos	40hs/1 unidade
	Pr1	Médico	ESF	3,5 anos	1,5 anos	40hs/1 unidade
	Pr2	Médico	ESF	4,5 anos	2 anos	40hs/1 unidade
	Pr3	Médico	ESF	1 ano	1 anos	40hs/1 unidade
	Pr4	Médico	ESF	2 anos	2 anos	40hs/1 unidade
	Pr5	Médico	ESF	13 anos	3 anos	40hs/1 unidade
Segundo Grupo	Pr6	Médico	ESF	33 anos	6 anos	40hs/1 unidade
	Pr7	Prof. Educação Física	NASF	5 anos	5 anos	40hs/4 unidades
	Pr8	Prof. Educação Física	NASF	5 anos	5 anos	40hs/4 unidades
	Pr9	Prof. Educação Física	NASF	5 anos	2 anos	40hs/3 unidades
	Pr10	Fisioterapeuta	NASF	1,5 anos	1,5 anos	10hs/2 unidades
	Pr11	Fisioterapeuta	NASF	2,5 anos	1,5 anos	10hs/2 unidades
	Pr12	Fisioterapeuta (Residente)	NASF	2 anos	1 ano	40hs/2 unidades
Terceiro Grupo	Pr13	Fisioterapeuta	NASF	3 anos	3 anos	30hs/4 unidades
	Pr14	Enfermeira	ESF	8 anos	8 anos	40hs/1 unidade
	Pr15	Enfermeira	ESF	7 anos	5 anos	40hs/1 unidade
	Pr16	Enfermeira	ESF	15 anos	7 anos	40hs/1 unidade
	Pr17	Agente de Saúde	ESF	10 anos	10 anos	40hs/1 unidade
	Pr18	Agente de Saúde	ESF	10 anos	10 anos	40hs/1 unidade
	Pr19	Agente de Saúde	ESF	16 anos	16 anos	40hs/1 unidade
	Pr20	Agente de Saúde	ESF	10 anos	10 anos	40hs/1 unidade

Quadro 7 – Caracterização das pessoas com DLC que participaram da pesquisa qualitativa, Florianópolis, 2016.

Grupo Amostral	Código	Participante	Idade	Sexo	Tempo sintomas	Situação Profissional
Quarto Grupo	P21	Pessoa com DLC	53 anos	Feminino	8 anos	Afastado
	P22	Pessoa com DLC	51 anos	Feminino	4 anos	Ativo
	P23	Pessoa com DLC	62 anos	Feminino	2 anos	Ativo
	P24	Pessoa com DLC	31 anos	Feminino	5 anos	Ativo
	P25	Pessoa com DLC	40 anos	Masculino	9 anos	Ativo
	P26	Pessoa com DLC	70 anos	Feminino	2 anos	Ativo (Dona de casa)
	P27	Pessoa com DLC	61 anos	Feminino	30 anos	Aposentado
	P28	Pessoa com DLC	50 anos	Feminino	5 anos	Afastado
	P29	Pessoa com DLC	44 anos	Masculino	6 anos	Afastado

Através da análise dos dados qualitativos, construiu-se o fenômeno “*Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde*”, sendo o mesmo fundamentado pela articulação das 8 categorias e 27 subcategorias. Ressalta-se que diferente de outros estudos construtivistas, não se utilizou das categorias pré-selecionadas, sendo que as mesmas foram derivadas dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados no estudo. No Quadro 8 estão apresentadas as categorias e suas respectivas subcategorias.

Quadro 8 - Categorias e subcategorias do fenômeno “Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde”.

Categoria Central: Cuidando das pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde
Categorias/Subcategorias
Cuidando da pessoa com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica
1. Construindo o processo de cuidar das pessoas com Dor Lombar Crônica através do tempo
2. Conhecendo a proposta da Atenção Básica para o cuidado de pessoa com Dor Lombar Crônica

3. Destacando as Potencialidades e peculiaridades da Atenção Básica
4. Compreendendo cada território como um contexto para o cuidado
Desvelando as Concepções e Crenças sobre o cuidado da Dor Lombar Crônica
5. Desvelando concepções e crenças das pessoas com Dor Lombar Crônica sobre o seu cuidado
6. Desvelando concepções e crenças dos profissionais sobre as pessoas e o cuidado da Dor Lombar Crônica
Conhecendo a condição das pessoas que convivem com a Dor Lombar Crônica que buscam o cuidado na Atenção Básica
7. Conhecendo a Dor Lombar Crônica enquanto condição crônica
8. Destacando as características das pessoas com Dor Lombar Crônica
9. Estabelecendo quando as pessoas buscam o cuidado
10. Destacando as estratégias que as pessoas com Dor Lombar Crônica utilizam para se cuidar
Revelando o papel e a interação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica
11. Revelando o preparo dos profissionais para o cuidado da Dor lombar Crônica através da formação e experiência profissional
12. Revelando o papel das equipes e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado da Dor Lombar Crônica
13. Revelando o papel das equipes e dos profissionais do Núcleo de Apoio À Estratégia de Saúde da Família envolvidos no cuidado da Dor Lombar Crônica
14. Reconhecendo os desafios para concretizar as ações de trabalho em equipe
Desvelando as Estratégias/Ferramentas para o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica
15. Desvelando as estratégias relacionais e interativas utilizadas no cuidado
16. Desvelando as estratégias instrumentais utilizadas no cuidado
17. Desvelando as estratégias terapêuticas utilizadas no cuidado
18. Desvelando as estratégias educacionais utilizadas no cuidado
19. Desvelando as estratégias de gestão para o cuidado no cuidado
Organizando o serviço e estabelecendo o fluxo de cuidado
20. Identificando as formas acesso e acolhimento

21.	Estabelecendo o fluxo de cuidado dentro da Atenção Básica
22.	Conhecendo os fluxos e critérios para encaminhamentos para outros níveis de atenção
Revelando os fatores que interferem no cuidado	
23.	Revelando fatores relacionados à estrutura e organização dos serviços da Atenção Básica
24.	Revelando fatores relacionados com outros pontos de atenção e serviços privados
25.	Revelando fatores relacionados com outros setores
Avaliando resultados do Cuidado	
26.	Considerando as expectativas das pessoas com Dor Lombar Crônica sobre o cuidado
27.	Conhecendo as percepções sobre os resultados

6.2.1 Categoria: Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica

Essa categoria está relacionada com o processo de cuidar no contexto da AB, tendo em vista seus princípios doutrinários e organizacionais, bem como a realidade na qual esse nível de atenção se insere. A mesma abrange quatro subcategorias que abordam como o cuidado para a DLC foi construído, a proposta de cuidado para pessoas com DLC nesse nível de atenção, as potencialidades da AB para o cuidado e a importância do contexto na configuração do cuidado.

6.2.1.1 Construindo o cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica

Embora a inserção do NASF na Atenção Primária tenha sido regulamentada em 2009, no município de Florianópolis, os fisioterapeutas foram inseridos nessas equipes somente em 2012, quando iniciaram um levantamento detalhado dos usuários de cada unidade básica de saúde, que aguardavam em fila de espera pelo atendimento fisioterapêutico nas policlínicas de saúde. Através desse levantamento, identificaram-se as condições clínicas com maior número de casos, sendo que os casos de dor crônica, como a DLC, era a condição mais prevalente. Em função dessa demanda, os fisioterapeutas

e os profissionais de educação física foram estimulados pelas equipes de ESF para estruturar nas unidades de saúde, ações e atividades voltadas para pessoas com dor crônica:

[...] Comecei trabalhando na policlínica por seis meses, e aos poucos a gente foi pioneiro de entrar aos poucos na atenção primária e desenvolver essas atividades na atenção primária. A gente está no começo ainda, a gente já esteve bem mais longe, e a gente começou em 2012 um projeto piloto aqui no continente de conhecer as filas de espera dos centros de saúde. (Pr13- fisioterapeuta)

[...] Como a fisioterapia era uma demanda muito grande, começaram a analisar a fila de espera nos centros de saúde e por causa do número de casos, o nosso trabalho ficou um pouquinho mais voltado para dor crônica. (Pr9- profissional de educação física)

Atualmente o serviço da Atenção Básica para as pessoas com DLC tem ampliado sua oferta de cuidados para além das consultas médicas. Em muitas unidades de saúde, existem grupos de orientação e cuidado, específicos para pessoas com dores crônicas. Os mesmos são conduzidos principalmente pelo fisioterapeuta e pelo profissional de Educação Física, que são reconhecidos historicamente nas unidades como responsáveis pelo gerenciamento desses encaminhamentos e também pelas atividades de cada grupo.

No entanto, embora o cuidado das pessoas com dor crônica na AB tenha avançado, o contexto histórico que relaciona a inserção dos profissionais com a necessidade de “zerar” as filas para o serviço de fisioterapia, ainda interfere nas concepções dos profissionais sobre o propósito da AB no cuidado das pessoas com DLC.

[...] É, dependendo do caso, sim. Aí, o que acontece. Quando vai para a fila, os fisioterapeutas recebem os encaminhamentos e aí eles até fazem meio que uma triagem, assim. Pelo menos era o que ele (fisioterapeuta) me falou que eles estavam fazendo. Justamente para tirar essas pessoas com dor crônica da fila ou que, às vezes, tinham o encaminhamento de 2011 que o paciente

nem precisava mais. Então, para justamente tirar e livrar um pouco a fila, né? (Pr4 - médico)

[...] Porque a gente livra o especialista (fisioterapeuta, ortopedista) de um paciente inapropriado e deixa mais vaga para ele atender casos que realmente, né, são mais urgentes. Tenta resolver o problema das filas aí dos especialistas mesmo. (Pr1 – médico)

6.2.1.2. Conhecendo a proposta da Atenção Básica para o cuidado de pessoa com Dor Lombar Crônica

A Atenção Básica é considerada como a principal porta de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde e nesse sentido é compreendida pelos profissionais como o “ponto de partida” para o início do cuidado e, também, como reguladora do acesso aos serviços nos outros níveis de complexidade:

[...] Eu vejo cada vez mais nesse sentido, a questão da atenção primária ser um local mesmo de realmente estar com os pacientes com dor crônica, estar sempre podendo oferecer uma orientação, uma consulta individual, um trabalho de qualquer forma, uma discussão, sempre na atenção primária e, a partir do momento em que esse paciente agudizou ou alguma coisa que está mais incapacitante, daí sim, a gente ter um recurso de atenção secundária para absorver isso. (Pr8 – profissional de educação física)

[...] Mas antes de chegar no especialista que seria o educador físico, o fisioterapeuta ou que seja um ortopedista, dependendo da situação, é feito também o atendimento para evitar que chegue nesse especialista. Então é feita intervenção, essa intervenção que pode ser, sim, orientações em relação à postura, em relação à dor, em relação aos cuidados preventivos. (Pr14 - enfermeiro)

A proposta de cuidado nesse nível de atenção tem como alicerce o referencial de Promoção de Saúde e utilizam estratégias de Educação em Saúde e visam empoderar os usuários para que assumam seu papel no cuidado e estimular a adoção de hábitos saudáveis que possam auxiliar no controle da dor crônica e proporcionar melhor qualidade de vida. Nesse sentido, percebe-se que os profissionais entendem o cuidado ofertado pela AB para as pessoas com DLC, como uma proposta ampliada e integradora, pois não abrange somente a resolução do quadro clínico (dor e incapacidade), mas também envolva ações de prevenção da DLC enquanto condição crônica, e promoção da saúde das pessoas que convivem com essa condição.

[...] A gente tenta conscientizar que é uma dor constante que ela vai ter que cuidar sempre. Não só na hora que estiver na crise de dor, né? Então, de sensibilizar eles, principalmente, para o autocuidado e para que eles tenham uma atividade física regular na vida deles. Então, a gente também tem a consciência de que a Educação em Saúde é aos poucos e que você tem que se alegrar com pequenas mudanças nos hábitos. Se a pessoa veio aqui e ela não melhorou a dor, mas ela já consegue dormir de outra maneira [...] A gente já deu um pequeno passo. (Pr7- profissional de educação física)

[...] e pensar outras formas de estar trabalhando com esse cuidado e essa dor. Não necessariamente fazer atendimento com o profissional de educação física ou com o fisioterapeuta. Por exemplo, poder dar orientação em relação aos hábitos saudáveis, a uma atividade física, que é prevenção e promoção da saúde. (Pr14 - enfermeiro)

Embora reconheçam a proposta e a potencialidade para essas ações, atualmente as ações de prevenção são limitadas e centradas apenas nas pessoas que buscam o cuidado para a DLC não abrangendo dessa forma outras populações que apresentam sintomas de dor lombar, mas ainda não desenvolveram a condição crônica. Nesse sentido, as ações desenvolvidas na AB são voltadas para prevenir o agravamento dos sintomas e não, necessariamente, para prevenir o surgimento de novos casos de DLC.

6.2.1.3 Revelando as Potencialidades de cuidar no contexto da Atenção Básica

A facilidade de acesso aos serviços ofertados na Atenção Básica é uma das potencialidades desse nível de atenção. A estratégia de vinculação da população às equipes e o princípio de manter “portas abertas” para acolher os usuários, facilitam o acesso ao cuidado. Além disso o acesso também é facilitado pelo fato de diferentes ações e serviços serem disponibilizados por profissionais que trabalham no mesmo espaço físico, facilitando os encaminhamentos e a continuidade do cuidado.

[...] A gente fala em "portas abertas", por que a intenção é que as pessoas possam entrar no consultório da médica para tirar uma dúvida ou ela pudesse entrar no meu consultório e a gente pudesse discutir casos com o paciente de portas abertas, o que é um pouco mais difícil de acontecer na média complexidade. (Pr13 – fisioterapeuta)

[...] Uma das coisas que eu faço, é encaminhar para os grupos, pela facilidade, de ter os grupos aqui na unidade [...]. (Pr1 – médico)

O acesso mais fácil aos serviços da AB contrasta com as dificuldades em acessar os serviços de outros níveis de atenção, onde os usuários esperam por longo tempo, dificultando a continuidade do cuidado.

[...] A grande vantagem da Atenção Básica, é a facilidade que eles têm de voltar, como na hora da crise de dor. Ou de voltar de novo porque não melhorou [...] (Pr2- médico)

[...] Em geral, eles confiam na gente. Assim, ao menos é isso que eu percebo. Ficam aguardando muito tempo também para outros procedimentos (serviço especializado). Então, por exemplo,

questão de afastamento por doença [...] o paciente precisa vir aqui, porque ele não consegue retornar no ortopedista com a frequência necessária para reavaliação e reconsideração do afastamento ou não. A gente faz [...] (Pr3- médico)

Os profissionais reconhecem que o trabalho em equipe é um grande diferencial da ABS para lidar com condições complexas como a DLC, pois a possibilidade de interagir com outros profissionais de diferentes formações e especialidades, amplia o olhar sobre o usuário e sua condição, e potencializa a possibilidade de oferecer um cuidado integral. Ainda consideram que esse olhar ampliado sobre o indivíduo e pautado na integralidade do cuidado seja uma potencialidade desse nível de atenção, e diferente da visão adotada pelos serviços da médica complexidade que atuam sob a lógica da especialização e fragmentação do cuidado:

[...] Eu acho que a Atenção Básica, ela é a porta de entrada. Pode ser que a gente não consiga ficar com ele aqui, mas ele tem que ser atendido aqui. Até porque a gente precisa entender essa dor crônica, se ela não tem um fundo emocional, se ela não tem uma outra causa, a não ser uma causa local, musculoesquelética. Porque, se não tem, pouco adianta encaminhar para Atenção Especializada e não tratar aquela pessoa como um todo. (Pr15- enfermeiro)

Durante os dois anos em que esteve inserida nas unidades de saúde, observando as atividades dos grupos e consultas e, também através das entrevistas, a pesquisadora percebeu que a AB é um ambiente muito dinâmico, sempre se modificando e experimentando novas configurações de grupos de autocuidado, sistematizações do processo de trabalho (acolhimento, agendamento de consultas) e/ou ampliando e incorporando novas atividades, como exemplo, a crescente implementação dos serviços de práticas integrativas. A configuração da Atenção Básica tendo o Programa de Saúde de Família como modelo norteador para o trabalho das equipes de ESF e NASF ainda é recente no país, e faz com que os profissionais construam o cuidado,

experimentando e adaptando seu processo de trabalho. A busca de um cuidado qualificado e autonomia conferida aos profissionais para modificar e ressignificar sua prática, também favorecem a dinamicidade do cuidado nesse contexto:

[...] Eu acho que é o que a gente está tentando mudar, né? Dessa forma que [...] a gente tá tentando. Cada vez mais, associar a[...] com outros profissionais, com educador físico ou nutricionista, pra dar um atendimento mais amplo, pra dar um enfoque mais amplo, que a gente sabe que a dor lombar, ela não tem só uma raiz, ela tem várias.(Pr10- fisioterapeuta)

[...] No formato de grupo que a gente está fazendo agora, a gente reduziu a quantidade de informação e parece que aí você consegue trabalhar melhor! [...] quando a gente fez a reformulação, para esse outro tipo de grupo que a gente está trabalhando desde final de setembro, que a gente começou, eu acho que melhorou muito. (Pr11- fisioterapeuta)

6.2.1.4 Compreendendo cada território como um contexto para o cuidado

Embora as premissas da Atenção Básica sejam o fio condutor para o trabalho das equipes de saúde, as unidades de saúde são diferentes entre si e constituem um universo próprio com suas particularidades e desafios. Durante as visitas às unidades de saúde, percebeu-se que as rotinas e organização do processo de trabalho podem ser diferentes em cada unidade. Em relação ao cuidado da DLC, encontraram-se diferenças nas formas de acolhimento, na variedade de serviços oferecidos, na estruturação dos grupos de autocuidado e também na construção de redes comunitárias para ampliação do cuidado.

Um dos fatores relacionados com essa diferença é a formação específica (e habilidades) dos profissionais de saúde e a compreensão dos mesmos sobre seu papel como profissional da Atenção Básica, que moldam as características do cuidado em cada local e podem resultar nas diferenças encontradas como na oferta das modalidades de práticas

integrativas complementares e na organização e estrutura dos grupos de autocuidado:

[...] Por exemplo, a gente tem médicos que trabalham com fitoterapia, com homeopatia, aí depende, né? Aqui, no caso, a gente pretende usar acupuntura. E tem a auriculoterapia também [...] Então [...] varia de Unidade para Unidade, né. (Pr4- médico)

Além disso, a construção dos projetos terapêuticos e organização dos processos de trabalho também são resultantes da construção de cada equipe e/ou unidade:

[...] Mas acontece, varia muito de cada área e da abordagem de cada profissional. Têm áreas que fazem esse matriciamento mais próximo do que a teoria preconiza. Têm áreas que são bem distantes. (Pr12- fisioterapeuta)

[...] Ela (profissional de Educação Física) faz uma atividade para que os pacientes passem primeiro pela equipe, para depois ir para o grupo de atividade física. Eu não faço esse tipo de atividade! (Pr7- profissional de educação física)

O contexto onde cada unidade de saúde está localizada também influencia a estruturação do cuidado em cada um desses locais, pois as características da população e as interações com a comunidade podem ser diferentes:

[...] Este bairro tem uma vantagem. Aqui é um lugar em que as pessoas adotam atividade física. Porque tem o parque, porque tem muita gente que faz, os vizinhos fazem [...] Têm várias academias que são próximas. Então, aqui é um lugar que eu vejo mais isso acontecer [refere-se à adesão aos grupos de atividade física, estes propostos pela unidade]. (Pr5- médico)

6.2.2 Categoria: Desvelando as Concepções e Crenças sobre o cuidado da Dor Lombar Crônica

Esta categoria representa o conjunto de significados sobre a DLC e o seu cuidado, tanto na perspectiva das pessoas que convivem com a condição, quanto na perspectiva dos profissionais da AB que cuidam das mesmas.

6.2.2.1 “Desvelando concepções e crenças das pessoas com Dor Lombar Crônica sobre o seu cuidado”

Nessa categoria são abordados os conceitos e crenças sobre a causa e o prognóstico da DLC, e os aspectos que envolvem o cuidado. Para as pessoas com DLC, essa condição é causada pelo “esforço” e exigência do trabalho ao longo dos anos. Ainda se associa à crença de que a DLC é uma doença progressiva causando limitações severas, como impedir de caminhar:

[...] Eu não queria ter que cuidar, eu não queria ter nada nela, eu queria que ela (coluna) estivesse bem boazinha, bem forte. Mas, eu sei que eu sempre trabalhei muito, de doméstica, de zeladora, na roça... Então, isso eu já venho assim, de tanto você carregar peso, isso tudo, eu sei. O corpo vai, agora, não aguentar. (P27-pessoa com DLC)

[...] Se eu não cuidar hoje, quando eu chegar com 50, vai ser pior. E o perigo é que pode travar. Como eu já vi dizer que tem gente que dá esse problema e pode ficar até paralítico (...) a minha dor não é fraquinha, é uma dor forte, é uma dor insuportável. É uma dor difícil. Então, se tu não cuidar agora, se eu chegar com 60 anos, eu posso até não ficar paralítico, mas posso ficar com dificuldade para andar. (P25- pessoa com DLC)

Para algumas pessoas a DLC é condição que não tem “cura” e embora procure cuidado/tratamento, é necessário aceitar o sofrimento

causado pela dor. Essa crença é construída através das experiências relatadas por outras pessoas que convivem com a DLC e, principalmente, pela forma com que o profissional explica sobre a “doença” e as perspectivas de tratamento (refletindo também suas próprias crenças):

[...] Então, eu vou passar pelo exame de novo, vou fazer novamente, para ver qual é o remédio que tem que tomar, mas bom mesmo ninguém fica, né? (P21- pessoa com DLC)

[...]. Então, foram 3 ou 4 médicos que falaram que é preferível eu conviver com a dor do que operar. Por que hoje teria remédio para isso [...] e o remédio pode aliviar a dor, mas curar [...] não vai ter cura. (P29- pessoa com DLC)

Nessa perspectiva, o médico é considerado o profissional mais importante no cuidado devido à crença de que o mesmo poderá “curar” sua dor:

[...] É claro que no primeiro lugar é Deus, mas a gente procura porque os médicos estão aqui através de Deus. Então a gente procura eles para eles acharem uma solução para a dor da gente [...] (P26- pessoa com DLC)

Ele foi o único médico que falou o que eu tinha. Foi esse médico daqui, porque eu vim aqui ruim, eu não conseguia caminhar [...], mas só foi eu colocar o pé ali dentro do consultório e ele já disse pra mim. Então esse médico daqui desse posto só no olhar e tocar a mão ele já sabia o problema que eu tinha. (P29- pessoa com DLC)

As crenças sobre o tratamento da DLC estão ligadas à lógica do cuidado de condições agudas, onde há uma relação direta entre causa e desfecho. Essa lógica, associada à crença de que a DLC é provocada exclusivamente por uma lesão na coluna (causas mecânicas), faz com que os indivíduos também acreditem que seja indispensável exames de

imagem com grande refinamento tecnológico para que os profissionais possam definir o melhor tratamento:

[...] Porque fui eu que insisti em fazer esse exame, porque eu pesquisei e vi que esse exame mostrava tudo. Fui eu que insisti. Se eu não tivesse insistido, eu não estava andando! (P24- pessoa com DLC)

[...] Nem a ressonância que é uma coisa que é importante para a gente diagnosticar, ter um diagnóstico preciso, também não tive. Não obtive! [refere-se ao fato de ter que pedir ao médico da AB que solicitasse uma ressonância]. (P22- pessoa com DLC)

Para as pessoas com DLC o tratamento para sua condição deve ser centrado nas medicações e no uso de recursos tecnológicos (equipamentos de fisioterapia, cirurgias). Essas crenças são construídas por meio de experiências de tratamentos anteriores que foram recomendados pelos profissionais de saúde:

[...] Quando eu fui no hospital passando mal, aí eu fiz, [...] tratamento, melhorei mais. Mas agora estou de novo (com dor), então tenho que ir de novo para ver o que é [...] o remédio que eu posso tomar novamente. Por que o remédio que eu estava tomando não estava servindo. Aí o médico disse que tem que passar para outro remédio novo. "Então, eu vou fazer exame de novo, vou fazer novamente, para ver qual é o remédio posso tomar. (P21- pessoa com DLC)

[...] Eu queria mesmo alguma coisa que me ajudasse a melhorar. Ou uma fisioterapia que temos condições de ter lá no centro de saúde, que tem uma sala grande que os profissionais poderiam se ampliar e ter equipamentos para fazer fisioterapia. (P22- pessoa com DLC)

A crença de que o tratamento da DLC requer recursos de alta densidade tecnológica (exames, equipamentos de fisioterapia, procedimentos cirúrgicos) e a percepção negativa sobre a baixa resolubilidade do cuidado oferecido na AB, também leva alguns usuários a acreditarem que apenas profissionais especialistas têm capacidade para cuidar do paciente e que os locais mais adequados para seu tratamento são clínicas especializadas e hospitais:

[...] Como a enfermeira não sabe fazer muita coisa porque ela não estudou para saber essas coisas, daí só o que ela dizia era que a gente tinha que passar pelo médico. Mas o médico também não sabe das coisas, diz que a gente tem virose, se a gente tem dor muscular. Diz que é isso, diz que é aquilo [...] (P24- pessoa com DLC)

[...] Porque ortopedia não é uma coisa de brincadeira! Porque se você está sentindo dor, o clínico geral, ele fica sem ação! O clínico geral é pra coisas corriqueiras! Eu acho que ortopedia é uma coisa de profissionalismo. Por isso que nós estamos aqui, falando sobre isso. (P22 – pessoa com DLC)

[...] Eu acho assim, que aqui [na unidade de saúde] os medicamentos que eles dão, é sempre muito fraquinho, né? Não tem um tratamento assim, que faça três meses, um tratamento sério, forte para a pessoa. (P24- pessoa com DLC)

6.2.2.2. Desvelando concepções e crenças dos profissionais sobre as pessoas e o cuidado da Dor Lombar Crônica

Essa categoria aborda como os conhecimentos obtidos através da formação profissional e as crenças obtidas ao longo do tempo moldam as concepções dos mesmos acerca da DLC e seu tratamento.

Para os profissionais de saúde, as causas da DLC estão relacionadas com algum tipo de lesão na coluna. Nesse sentido, os conhecimentos sobre a relação entre dor e esforço/postura e dor/sedentarismo, geram a crença de que os principais motivos para a persistência da dor são os (maus) hábitos adotados pelas pessoas e/ou o esforço, principalmente no trabalho (causas mecânicas). Dessa forma a

DLC estaria sempre relacionada com posturas e movimentos repetitivos, sendo os “culpados” por sua condição por não mudarem seus hábitos (seguindo as orientações) ou não priorizarem sua saúde:

[...] Porque tem gente não respeita a postura, né? Aí tem o cara que senta assim [demonstra a posição] E aí a mulher tem uma hiperlordose, mas faz assim, pra sentar. Tem o cara que senta igual um frango desossado, né? (Pr2- médico)

[...] Mas já vi alguns que fizeram [atividades dos grupos] e teve resultado, só que daí como a pessoa não muda [...] as atitudes dela, do dia a dia, de postura, de alongamento, de fortalecimento muscular [...] o problema volta. Aí elas vêm querer de novo fisioterapia também. Infelizmente. (Pr4- médico)

[...] Tem que ter um motivo para dor ter saído do controle. Alguma coisa ela fez! (Pr5- médico)

A atividade física é compreendida pelos profissionais como uma das medidas que deve compor a conduta terapêutica das pessoas com DLC. A concepção sobre os benefícios da atividade física para as pessoas com DLC são resultantes das crenças sobre a relação entre obesidade e sedentarismo e dores crônicas na região lombar. Essas crenças se associam ainda com o trabalho realizado pelos profissionais do NASF, nas unidades (que valorizam as práticas corporais como recurso terapêutico e de promoção de saúde) e também com as próprias experiências pessoais relacionadas à prática de atividade física:

[...] Eu direciono muito para a atividade física. É uma coisa pessoal minha. Porque eu, eu, eu sou atleta, eu treino maratona. (Pr5- médico)

[...] Quando ele [médico] vê que é um caso, assim [...] Alguns médicos têm essa consciência, que às vezes é mais pra uma atividade física do que pra fisioterapia. Porque se você vê que é um caso porque a pessoa é sedentária, não deveria ser

encaminhado para fisioterapia. (Pr10-
fisioterapeuta)

Na visão dos profissionais, as pessoas com DLC não querem assumir sua responsabilidade no cuidado, pois a maioria adota uma postura imediatista e passiva em relação ao mesmo, aderindo apenas às condutas em que “recebem” o tratamento, como medicação, acupuntura, fisioterapia. Dessa forma, os mesmos também acreditam que a pouca adesão em práticas mais ativas propostas pelas unidades (exercícios, adoção de novos hábitos) está relacionada principalmente com essa postura:

[...] eles querem ser passivos do cuidado. Querem receber o cuidado. Não querem ser os responsáveis pelo próprio cuidado. (Pr7-
profissional de educação física)

[...] a maioria dos pacientes pensam é em remédio, medicalização né? Senti dor, eu tenho que ir lá tomar um remédio, essa é a única forma que eu vou me tratar. Então é imediatista, sinto dor, eu vou tratar. Mas ela não pensa na causa, ela não pensa como prevenir, evitar de sentir aquela dor ou pelo menos amenizar. (Pr14- enfermeiro)

[...] têm pacientes que se interessam e que se esforçam [...] Têm pacientes que já não têm também tanto interesse ou que não acreditam, às vezes, que é a atividade física que vai melhorar, né? Então isso, às vezes, é o mais difícil. Ah. Melhora com medicação, só que se torna recorrente porque o paciente não adere muito a essas práticas, né? (Pr3-médico)

A concepção sobre a “responsabilidade” das pessoas sobre seu próprio cuidado gera também a crença de que os resultados do tratamento estão relacionados estritamente ao comprometimento dos usuários com as condutas orientadas e/ou estipuladas:

[...] as pessoas que têm melhora, assim, mais, são essas mais empolgadas quando tu encaminha pro

grupo de atividade física, tu vê que ela foi, acompanhou [...] (Pr10- fisioterapeuta)

[...] têm pacientes que melhoram bastante. Geralmente aqueles pacientes que têm mais disciplina para seguirem os cuidados em casa [...]. Alguns vão, recebem algumas orientações, mas não têm aquela melhora porque eles não continuam muito o cuidado, né? (Pr3-médico)

[...] esses que ficam indo e voltando, são aqueles que não fazem em casa, sabe? Não fazem nada para se ajudar. São muito dependentes, assim [...] não tem uma pró-atividade, sabe? Querem vir aqui e colocar um aparelhinho e deu. Entendeu? Não vai melhorar! (Pr10-fisioterapeuta)

Embora o cuidado de condições crônicas como a DLC envolva a participação das pessoas no seu próprio cuidado, tornando-a corresponsável pelo mesmo, para alguns profissionais o conceito de “corresponsabilização” não corresponde à construção conjunta do cuidado. Para alguns profissionais, tornar o paciente mais ativo no seu próprio cuidado significa orientá-lo e transferir a responsabilidade para ele:

[...] é, o que eu tento sempre é botar a responsabilidade no paciente, também. Porque eles dificilmente eles assumem alguma coisa. Eles querem fazer o exame, eles querem um remédio, eles querem a fisioterapia. Mas eles não vão caminhar na Beira-Mar, eles não param de comer fritura, eles não [...] Entende? (Pr4-médico)

[...] Eu procuro deixar isso bem consciente. Eu procuro jogar bem para eles, assim, sabe? (Pr10-fisioterapeuta)

[...] Eu tento fazer isso assim, que vai depender dele. Isso não só em dor lombar, em todas as dores. Dando um exemplo assim, acabei de atender uma paciente [...] ela perguntou assim "Se eu fizer isso tudo, quando é que eu vou ficar

boa"? eu falei Quando a senhora fizer isso tudo.
(Pr12- fisioterapeuta)

A concepção relacionada aos ganhos secundários da dor também está presente na percepção dos profissionais, principalmente, em relação aos afastamentos do trabalho. Alguns profissionais acreditam que em muitas situações a persistência da dor está atrelada aos benefícios trabalhistas e por esse motivo “desconfiam” das queixas relatadas pelas pessoas com DLC, dificultando a relação de confiança com as mesmas:

[...] Se ela quer voltar ao trabalho, se ela está a fim de voltar ao trabalho, ela vai atrás, vai fazer fisioterapia, vai fazer isso, fazer aquilo, mas se ela não quer, se ela acha [...] porque dentro de um certo nível socioeconômico, cultural, psicológico, imagina coisa melhor do que você ganhar seguro desemprego, ela acha ótimo ganhar seguro desemprego, ela vai ganhar um salário sem trabalhar, durante sei lá eu quanto tempo. [...] Agora aquele paciente que se acomodou em uma situação de dor crônica é mais complicado, porque junta esses aspectos psicopsiquiátricos. E quando entra junto a história da licença do "INSS" [...] Porque assim, ele não tem objetivo para melhorar entendeu? (Pr6-médico)

[...] Porque, às vezes, o paciente entra aqui, senta na nossa frente. Ele fala o que ele quiser. E eu tenho óbvio, que acreditar. Não vou duvidar que as pessoas estão mentindo para mim. (Pr1-médico)

As concepções dos profissionais sobre cuidado das pessoas com DLC recebem influência da vivência e a prática profissional no contexto da AB, na medida em que ampliam o olhar para a integralidade do cuidado, como relatado por alguns participantes ao reconhecerem a diversidade de fatores que interferem no cuidado e que, quando o mesmo é cuidado, focalizado apenas na doença e centrado em atendimentos individualizados e medidas curativas, os resultados são insatisfatórios:

[...] Então eu tenho que olhar um olhar integral para aquela pessoa. Ele está vindo aqui por um motivo específico, pra acompanhamento, porque ele é portador de uma doença crônica. Mas o meu olhar para ele é muito maior do que isso. Talvez a gente tenha essa visão ainda antiga em relação ao processo de saúde e doença específico de uma dor ou uma coisa pontual. E não olhando aquele olhar que eu te falei, o olhar mais integral, olhando o paciente da pontinha do cabelo, eu falo, à pontinha do pé. E não só isso, pensando na família, na estrutura organizacional, no trabalho, nas relações sociais. (Pr14- enfermeiro)

Apesar de reconhecerem que o cuidado das pessoas com DLC deva acontecer sob uma perspectiva ampliada para abranger as diversas facetas relacionadas com essa condição, alguns participantes também revelam concepções que são conflituosas e contraditórias com o pensamento holístico e integral sobre o cuidado, na medida em que desvalorizam sua formação generalista e enaltecem as habilidades e conhecimentos dos especialistas (como os fisioterapeutas) julgando que os mesmos tem mais capacidade para lidar com a dor lombar crônica:

[...] Então, basicamente assim, eu não tenho muito conhecimento técnico, específico, sobre isso [refere-se às orientações para as pessoas com DLC]. [...] E de orientação, assim, de postura seria só isso mesmo que está dentro do meu conhecimento. Não têm outros [...] (Pr3-médico)

[...] Eu acho até perigoso encaminhar isso para uma atenção especializada, mas é muito difícil a gente acompanhar aqui. Porque requer de certa forma, uma especialização nossa assim. Uma capacitação maior. Porque eu vejo que a gente faz pouco. Eu fazendo as orientações que eu falei pra ti, isso eu consigo orientar, mas quando aquele paciente voltar, eu pouco consigo fazer. (Pr15-enfermeiro)

As concepções pautadas ainda em modelo de cuidado que priorizam as especialidades, os saberes específicos e os recursos

tecnológicos influenciam também as concepções sobre as condutas terapêuticas. Nesse estudo, muitos profissionais das equipes de ESF acreditam que o tratamento mais adequado é aquele realizado por fisioterapeutas, levando a uma grande demanda de encaminhamentos para esse profissional:

[...] O assunto da pessoa [com DLC] não é com o médico, nem com ortopedista, nem com clínico. É com fisio. Isso eu sei porque eu já me lesionei muitas vezes. E eu faço fisio há 3 anos, pelo menos 1 vez por mês eu vou na fisioterapia. Já fiz muito tratamento e não depende de nada de médico. Só a fisioterapia resolveu. Não precisei de ortopedista me tratando e me enchendo de remédio, porque a fisioterapia resolveu. (Pr5-médico)

A lógica de cuidado atrelada ao modelo curativista, que prioriza as lesões como principal causa da dor crônica, encontra-se misturadas com as concepções do modelo de cuidado visado pela Atenção Primária, pautadas no modelo de promoção da saúde e determinação social. Nesse sentido, percebe-se que, ao passo de profissionais acreditarem que especialistas, como o fisioterapeuta, são os mais habilitados para tratar dessa condição, também consideram que o cuidado das pessoas com DLC também deva abranger a “prática de atividade física e orientações para autocuidado”:

A maioria das vezes não vai ser o médico em si, a medicação que vai melhorar. São, são mudanças. Mudanças de estilo de vida, de trabalho, de um monte de outras coisas que no modelo antigo, médico/centrado, acabava que a gente ficava muito limitado (Pr1-médico)

Essa lógica de cuidado que não amplia o olhar sobre o caráter crônico e multideterminado da DLC resulta em um cuidado centrado em poucos profissionais e serviços, e que não atendem todas as necessidades dos usuários através da integralidade das ações.

6.2.3 Categoria: Conhecendo as pessoas que convivem com a Dor Lombar Crônica e buscam o cuidado na Atenção Básica

Essa categoria é formada por 4 subcategorias que apresentam: (a) quem são as pessoas com DLC no âmbito da AB – “*Destacando as características das pessoas com DLC*”; (b) os aspectos envolvidos na DLC enquanto condição crônica – “*Conhecendo a DLC enquanto condição crônica*”; (c) quando buscam o cuidado – “*Estabelecendo quando as pessoas buscam o cuidado*”; e (d), como as mesmas se cuidam – “*Destacando as estratégias que as pessoas com DLC utilizam para se cuidar*”.

6.2.3.1. Destacando as características das pessoas com Dor Lombar Crônica

Em relação às características das pessoas com DLC, os profissionais apontam dois principais grupos de pessoas que buscam cuidado na AB: adultos e idosos. Os adultos geralmente são trabalhadores exercendo funções que exigem esforço físico e que precisam continuar trabalhando ou trabalhadores afastados por licença saúde que precisam fazer tratamento em função das exigências da previdência social. Já os idosos são principalmente aposentados e donas de casa que buscam cuidado em função da dor crônica que limita suas atividades diárias:

[...] Eu acho que aqui, no Monte Cristo, como a gente tem uma população muito jovem, né? Em comparação na área de interesse social. Então a população é predominantemente jovem, em atividade, né? Em vida ativa, então a gente recebe muito problema relacionado ao trabalho. (Pr1-médico)

[...] A maioria são, são idosos. São pessoas de meia idade que, que trabalham também com alguma coisa que envolva esforço físico, repetitivo. Mas a maioria são idosos mesmo. (Pr3-médico)

[...] Ah, são trabalhadores que carregam peso no dia a dia, no trabalho deles. Pessoal do trabalho! Ou de construção ou do comércio, carregando caixas, carregando peso mesmo. A maioria, às vezes, é gente de escritório também. Não é só gente de força, assim, de trabalho braçal. [...] A maior demanda é essa (adultos que trabalham), e também idosos. Quando a gente pensa na população adulta, a gente tem essa demanda dos trabalhadores que têm como instrumento o corpo mesmo e, depois uma segunda demanda seria os idosos mesmo. (Pr9- profissional de educação física)

Na percepção dos profissionais de saúde, as pessoas com DLC que utilizam o serviço da AB têm condições sociais e econômicas distintas, sendo essa uma característica que interfere diretamente no cuidado ofertado (acesso a outros serviços e tratamentos, adesão às ações e atividades promovidas na AB):

[...] nesse centro de saúde específico você tem populações distintas, você tem aquele que só tem o centro de saúde como único recurso dele, é a única possibilidade que ele tem e, você tem outros que não [...] que participa do grupo de caminhada do posto e faz treinamento funcional, faz pilates, entende? (Pr11- fisioterapeuta)

[...] Eu aqui nessa experiência que eu estou tendo na Atenção Básica e que é uma área, esse serviço é ligado a muita pobreza, muita carência [...] São pacientes que têm dificuldade financeira, dificuldade de compreensão, pouco estudo [...] (Pr13-fisioterapeuta)

6.2.3.2 Conhecendo a DLC enquanto condição crônica

A dor na região lombar é uma queixa frequente nas unidades de saúde, principalmente “enquanto condição crônica”, pois em função da queixa de dor recorrente, as pessoas retornam inúmeras vezes aos serviços:

[...] Acho que deve ser uma das dores que mais procura. E normalmente, é dor crônica mesmo. Eles (refere-se às pessoas com DLC) vira e mexe estão aqui. Voltam várias vezes com isso!(Pr15-enfermeiro)

A DLC é descrita pelas pessoas entrevistadas que convivem com a mesma, como uma companheira constante no dia a dia e que exigem que as mesmas adaptem suas rotinas através de restrições nas suas atividades diárias ou buscando alternativas para o alívio temporário da dor:

[...] O que eu deixo de fazer por causa da dor. Eu acho que quando eu estou com muita dor eu deixo de fazer tudo né? [...] Ah, eu tenho que, por exemplo, eu não posso me abaixar pra brincar com o meu cachorro, porque não dá pra se abaixar. Se eu me abaixar na frente dele, ele me derruba. Mas me abaixar mesmo, daí não dá. Eu estou limpando a casa, eu não consigo me abaixar para limpar embaixo das coisas (P24-pessoa com DLC)

[...] Eu estou tomando remédio aliviar a dor, mas não alivia o problema, o problema fica ali, eu não consigo andar direito, não consigo [...] tudo que eu vou fazer tudo incomoda. Ultimamente eu não sei o que é praia, eu não sei o que é serviço, entende? (P29-pessoa com DLC)

Outra característica destacada pelos profissionais são as diferenças das queixas entre as pessoas com dor lombar aguda e pessoas com dor lombar crônica. Enquanto que na primeira situação as mesmas apresentam queixas bem localizadas em relação à dor, nos casos que desenvolvem a condição crônica, as pessoas apresentam queixas de dor em diferentes locais:

[...] existem alguns pacientes que vem com dor lombar crônica, isoladamente, mas, normalmente, esse paciente já tem outras dores. Acho que, isoladamente, é mais comum ver ela aguda. A dor lombar aguda. Que ela vem depois de um esforço. Agora quando ele já está naquele estágio, que, às

vezes, a gente pega paciente com 3, 4 anos tratando, normalmente já tem outras coisas juntas. (Pr1-médico)

Na visão dos profissionais, a multifatorialidade dessa condição a torna muito complexa para o cuidado, sendo considerada de difícil manejo. Como não segue a lógica de cuidado das condições agudas, os profissionais se sentem limitados por não conseguirem intervir em todos os aspectos da dor (principalmente psicossociais) e pela impossibilidade de “remover a causa”:

[...] Assim, eu acho que nem é só da lombalgia crônica. O principal é a dificuldade que eu tenho é que os pacientes aqui são muito complexos. Complexos no sentido de: tem muita coisa envolvida. E muita coisa que não está no meu âmbito, entendeu? É o que eu falei. É que são problemas sociais, são questões além do meu poder. (Pr1-médico)

[...] Alguns casos de dor crônica que tem que a gente fica sem saber mais como manejar por causa desse componente emocional, a gente pede avaliação da psiquiatra para ver se alguma medicação pode ajudar ou, geralmente, essas pessoas já tomam antidepressivo, mas não melhoram nunca. (Pr6-médico)

[...] Tem esse tipo de dor (refere-se à dor crônica) que daí é um problema, porque é difícil de diagnosticar, é difícil de a gente perceber, o paciente começa a entrar em depressão, fica muito complicado. (Pr2-médico)

6.2.3.3 Estabelecendo quando as pessoas buscam o cuidado

Como na maioria dos casos a dor crônica se instala de forma insidiosa, as pessoas buscam alternativas caseiras ou medicações

vendidas sem prescrição nas farmácias antes de buscarem atendimento nos serviços de saúde. As pessoas com DLC que participaram do estudo relatam buscar o cuidado nas unidades de saúde da AB quando a dor se torna insuportável e limitando os movimentos, sendo esse momento considerado como “crises” de dor. A busca pelos serviços durante as “crises” de dor, também é relatada pelos profissionais de saúde como o momento em que percebem que as pessoas procuram o cuidado:

[...] Não, eu fiquei anos com essa dor, só quando eu fiquei entrevada, aleijada, Deus que me perdoe, que eu não conseguia andar, que eu fui perdendo meu lado direito, minha perna, meus movimentos da mão, do braço, foi onde eu procurei, mas antes disso não. (P28-pessoa com DLC)

[...] Não lembro, eu acho que não porque eu era nova, eu fazia faxina de segunda a segunda, aquela ambição que tinha que ter a minha casa para morar, eu tinha que fazer a minha casa, graças a Deus eu tenho, mas assim das dores, eu tomava remédio, comprava na farmácia e depois quando travei que pegou só a lombar mesmo, aí que eu vim. (P29-pessoa com DLC)

[...] Eles vêm porque, na verdade, eles tentaram. Quase sempre a pessoa, é a mesma história, ela tentou. Foi na farmácia, comprou remédio, tentou tomar, tentou passar uma tomada, tentou fazer [...] calor local. E aquilo veio se arrastando, aí ele foi levando, foi levando e aí chega uma hora em que não sabe mais o que fazer. Porque já tomou remédio, já passou, já passou, medicação tópica, já fez calor local e continua tendo a dor. (Pr5-médico)

Além das crises de dor, algumas pessoas também buscam cuidado na AB quando consideram que, apesar de conseguir realizar suas atividades, a dor está interferindo consideravelmente na sua vida social e profissional. Outro motivo que também leva as pessoas com DLC a buscarem o cuidado na AB são as exigências dos peritos que concedem as licenças para afastamentos do trabalho, pois os mesmos costumam

solicitar que as pessoas procurem tratamentos (como fisioterapia) e costumam manter os afastamentos quando os mesmos estão em tratamento ou apresentam pareceres que indicam a continuação do mesmo. Além das exigências da perícia, outro motivo que leva as pessoas a buscarem cuidado na AB são os encaminhamentos realizados por outros serviços para realização de fisioterapia e exames, já que a AB realiza a regulação dos mesmos para os serviços dos outros níveis de complexidade:

[...] Eles [médicos peritos da previdência social] me deram remédio, encaminharam para o fisioterapeuta e pediram para eu voltar lá. Ele falou assim: vou te dar 120 dias, mas nesse meio tempo que o senhor está fazendo isso aí, o senhor evita de fazer força. [...] Eu vou precisar desse laudo [refere-se à participação nos grupos] para levar para o médico lá, mas a maioria dos exercícios eu não consigo fazer [...]. (P29-pessoa com DLC)

[...] Aquele que vem por dor lombar ou ele vem porque a dor está incomodando muito a vida dele, incomodando ele no trabalho, incomodando ele nas atividades diárias, incomodando em alguma coisa assim bem séria da vida dele, ou então ele passou em um médico da rede ou fora da rede e o médico mandou para a fisioterapia, que não foi uma escolha do paciente mesmo, não foi uma iniciativa do paciente. (Pr11- fisioterapeuta)

6.2.3.4 Destacando as estratégias que as pessoas com Dor Lombar Crônica utilizam no cuidado:

Nos momentos de crise ou quando a dor se intensifica, os principais cuidados convergem para o alívio da dor. A maioria dos entrevistados utiliza medicamentos (indicados pelo médico ou automedicação) e algumas pessoas utilizam ainda medidas caseiras para alívio da dor, tais como chás, automassagem, emplastro, utilização de

pomadas e cremes, entre outros. Algumas dessas medidas têm sido orientadas nos grupos de autocuidado realizados nas unidades de saúde:

[...] Faço um chá, ponho um, é, eu tenho minhas garrafadas, passo nas costas, compro uma pomada. Aí quando eu chego a ir no posto, é porque eu não estou conseguindo fazer ela parar, pelo menos diminuir. (P27-pessoa com DLC)

[...] Tem uma massagem de uma bolinha, que eu mesmo inventei, porque aquela que estava lá no papel eu não consegui, mas talvez assim dá e realmente melhora um pouco. Onde eu tinha dor aliviou, começou a piorar depois, mas alivia, eu tenho a dor ainda, mas alivia. (P29- pessoa com DLC)

Os medicamentos para alívio da dor tais como analgésicos e anti-inflamatórios ainda são os recursos mais utilizados no cuidado da DLC. Além de seu uso nos momentos de crise, as pessoas costumam utilizá-los como tratamento, pois acreditam que essas medicações possam auxiliar não só no alívio da dor, mas também, na resolução da condição dolorosa crônica. Entre as pessoas que trabalham, é comum o uso de medicação para manter a dor controlada para continuar suas atividades profissionais sem prejuízos funcionais:

[...] Quando estou com muita dor, eu tomo remédio e continuo trabalhando. Tem que trabalhar, mas quero ver se pego um serviço mais tranquilo pra mim. Ali é só porque pra mim terminar a minha casa. Por isso que não abandonei o serviço ainda. Porque trabalhando todo dia com dor [...] Só que aí eu estou me viciando no remédio, todo dia tem que tá tomando remédio. (P25- pessoa com DLC)

[...] O que que eu faço, quando eu estou com muita dor, eu vou na farmácia, do farmacêutico lá, que eu confio nele, é conhecido meu, e quando eu estou muito, muito assim, quando ataca mesmo, aí eu peço pra minha filha me levar lá para tomar

injeção. Eu tomo umas três injeções e aí fica uns quinze dias sem dor. (P24-pessoa com DLC)

[...] Só tomo o remédio. O tempo todo, quando eu estou muito ruim, eu vou no médico e tomo o remédio. (P27-pessoa com DLC)

Como a pesquisa foi realizada com pessoas com DLC que participaram de atividades dos grupos de autocuidado, algumas das estratégias relatadas correspondem às medidas para o autocuidado, que são recomendadas pelos profissionais desses grupos, tais como: exercícios de alongamento e fortalecimento, atividade física e mudanças de hábitos e posturais para evitar exacerbação da dor. Os cuidados com a postura e posicionamentos ao exercer atividades de vida diária, tais como: dormir, limpar a casa ou assistir TV, são frequentemente mencionados pelas pessoas entrevistadas ao serem questionadas sobre os cuidados que utilizam para sua condição:

Porque eu cuido pra me abaixar e na hora de levantar eu tento me segurar em alguma coisa para me levantar, pra não levantar todo aquele peso junto. Eu tomo bastante cuidado. Eu durmo, para dormir, eu deito de lado e de preferência com um travesseiro no meio das pernas. Ou eu boto aqui, eu boto um aqui e outro [...], que eu tenho quatro travesseiros na minha cama! Só pra mim! Um eu boto aqui e um eu abraço. Daí um eu deito aqui e outro eu deixo lá nos pés, porque se me virar um pouquinho de barriga para cima eu já puxo ele e encaixo ele embaixo das minhas pernas. Eu cuido isso tudo. (P24-pessoa com DLC)

A importância do exercício e da atividade física também foi mencionada pelos participantes como estratégias de cuidado que utilizam para DLC. Embora não seja um recurso praticado por todos, alguns participantes realizam rotineiramente os exercícios de alongamento e fortalecimento que são ensinados nos grupos e compreendem que esse recurso pode ajudá-los no alívio da dor, e por isso é comum os praticar mais quando a dor se intensifica. Outros

participantes mencionam ainda que praticam alguma modalidade de atividade física, considerando a mesma como parte do cuidado da DLC:

[...] Se eu parar de jogar bola, tipo, é um exercício, pelo menos é um futebolzinho que eu jogo duas, três vezes por semana, aí é ruim. Relaxado fica melhor. Acaba o jogo tu fica mais [...] Tu pode até tá com dor, mas tu tá mais tranquilo. Relaxou o corpo. (P25-pessoa com DLC)

[...] Eu continuo fazendo os exercícios. Não vou dizer pra ti que, é diariamente, que daí é mentira! Mas eu faço. Eu faço duas vezes por semana, três [...] Porque eu faço, além de fazer a minha caminhada, então [...] Esses alongamentos que eles me passaram uma cópia, eu continuo fazendo! (P22-pessoa com DLC)

[...] E também umas quantas vezes eu fui me abaixar assim bruscamente, parece que alguma coisa saía do lugar [...] aí demorava para voltar. Foi onde eu fiz esses exercícios que deu uma aliviada. Não vou dizer que eu não sinta mais nada! (P23-pessoa com DLC)

6.2.4 Revelando o papel e a interação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica

A categoria *“Revelando o papel e a interação dos profissionais da AB para o cuidado de pessoas com DLC”* aborda como os profissionais e equipes estão envolvidos no cuidado da DLC e as interações e desafios do trabalho em equipe.

6.2.4.1 Revelando o preparo dos profissionais para o cuidado da DLC através da formação e experiência profissional

Essa subcategoria aborda como a formação obtida nos cursos de graduação e/ou cursos técnicos e as experiências obtidas no exercício da profissão constituem o conjunto de conhecimentos e concepções que os

os profissionais utilizam para construir sua visão de cuidado e prática profissional. Dessa forma, buscou-se, nas entrevistas qualitativas, explorar como a dor crônica foi abordada na formação dos profissionais e como os mesmos são preparados durante a formação e o exercício de sua função na AB para lidar com o cuidado de dores crônicas, como a DLC. Em relação à formação profissional obtida através dos cursos de graduação os profissionais de nível superior vinculados às equipes de ESF relataram ter tido contato com conceitos sobre dor crônica, mas esta foi timidamente abordada nos cursos de graduação:

[...] Quando eu fiz medicina, não me lembro de ter sido tratada assim como dor crônica, havia as especialidades e cada um na sua caixinha. (Pr6-médico)

[...] Eu vi alguma coisa sobre dor crônica, mas não foi uma coisa assim, com uma abordagem aprofundada! (Pr16-enfermeira)

Já os fisioterapeutas e educadores físicos (profissionais da equipe NASF), segundo seus relatos, tiveram maior contato sobre temáticas relacionadas à dor crônica em sua formação, embora não tenham sido preparados para trabalhar com essa condição na lógica que orienta a Atenção Básica:

[...] A gente não teve formação voltada para Atenção Básica ou SUS, mas a gente trabalhava sim, com dor crônica em algumas matérias, mas era uma formação muito para esportes, somente para esporte. (Pr9 – profissional de Educação Física)

Embora não seja ainda obrigatório ter formação específica para trabalhar na Atenção Básica, a maior parte dos profissionais entrevistados fez cursos/especializações voltados para Saúde Coletiva/Saúde da Família, pois a Atenção Básica ainda é abordada de forma frágil nos cursos de graduação, fazendo com que os profissionais busquem mais subsídios para atuarem na área:

[...] E aí aquela história, a gente é obrigado a ter um mínimo de entendimento, né? Então a gente já sabe onde está o conhecimento e tem que ir atrás para buscar! Eu senti necessidade de ir em busca de capacitação. Algumas capacitações são via Ministério da Saúde e gratuitas, e outras, a gente paga do próprio bolso, pois nunca tem verba para todos. (Pr8-profissional de educação física)

[...] Eu fiz especialização em saúde pública, e isso me deu um embasamento maior e foi me construindo [...]. (Pr13-fisioterapeuta)

Ao longo dos últimos anos, com o intuito de fortalecer o Programa de Saúde da Família, o Governo Federal em parceria com universidades e outras instituições tem ofertado cursos, especializações e residências multiprofissionais para preparar os trabalhadores em saúde que atuam na área. No entanto, mesmo sendo uma condição frequentemente encontrada na Atenção Primária, a dor crônica (como a DLC) não é trabalhada de forma efetiva:

[...] Acho que se eu não me engano, o curso de especialização é dividido em 8 módulos, mas não tem nenhum específico focado para dor crônica (Pr4-médico)

[...] A gente teve vários cursos, mas nenhum de dor crônica, a gente teve de tuberculose, hanseníase, saúde da mulher [...] (Pr6-médico)

[...] Muito pouco, porque a gente falava um pouco na especialização sobre quais os focos de atenção hoje no Brasil, esse negócio da tripla carga de doenças, das doenças crônicas não transmissíveis, mas dentro das doenças crônicas não transmissíveis era mais para falar das cardiopatias, da diabetes, desse enfoque maior, mas não de dor crônica. (Pr11- fisioterapeuta)

O cuidado da dor crônica começou a ser estruturado com a inserção do NASF na Atenção Primária. No entanto, como estes

profissionais apresentavam ainda carência de conhecimentos sobre a AB na sua formação profissional e não tinham experiência nesse campo de trabalho, o conhecimento foi construído através de trocas de saberes entre as equipes e estruturação de ações de educação permanente:

[...] Foi muita troca entre os profissionais. Os saberes de cada profissional, de cada área. E aí a gente conseguiu montar o cuidado baseado nisso. Mas não existe capacitação. (Pr8- profissional de educação física)

[...] A gente tinha rodas de conversa para entender o território, essa demanda, as necessidades da população e projetar planos, projetos terapêuticos para isso. A partir desse conhecimento e do planejamento junto das equipes de saúde da família, entendendo como se dava essa questão da dor crônica, foi que a gente foi formando o nosso trabalho voltado para isso. (Pr9- profissional de educação física)

6.2.4.2 O papel dos profissionais e das equipes de ESF no cuidado da DLC

Nessa subcategoria se buscou compreender qual a função que as equipes de ESF e cada profissional integrante assume no cuidado das pessoas com DLC, bem como, sua relação com as equipes NASF.

As equipes de ESF trabalham sob os princípios de territorialização e adscrição da população de uma determinada área. Esse conceito é forte entre os profissionais da equipe de ESF e é uma forma de organização efetiva para criação do vínculo entre a população adscrita e os profissionais, pois favorece o acesso e a continuidade do cuidado. Em relação ao cuidado da DLC, como cada equipe se concentra em produzir ações para a sua área de abrangência, o cuidado ofertado por cada equipe pode ser diferente e a oferta de algumas ações e serviços podem estar restritos para os usuários de uma determinada área:

[...] É muito bom receber um paciente que tem uma equipe, que está sendo acompanhado, que o

paciente sabe o nome do médico, sabe o nome do enfermeiro. Isso faz muita diferença para o pessoal do NASF também. Até porque quando ele tiver que devolver o paciente, o paciente não vai ser resistente. Porque já tem um vínculo com a equipe, sabe quem cuida dele. (Pr15-enfermeiro)

[...] Uma coisa que a gente trabalha na Atenção Primária é com área. Então, quando eu abrir a minha agenda para vaga de acupuntura, eu vou privilegiar a minha área. (Pr1-médico)

As equipes de ESF organizam o cuidado para sua área de abrangência através de reuniões semanais onde realizam atividades de planejamento para organização do serviço (sistematização do acolhimento, consultas e procedimentos), discussão de casos e planejamento para condução de casos que requeiram estratégias específicas (visitas domiciliares, matriciamento, encaminhamentos, entre outros) (Figura 12).

Figura 12 - Representação das ações das equipes de ESF



Fonte: elaborado pelo autor

Em relação à discussão de casos, algumas equipes não costumam discutir casos de DLC, enquanto outras discutem eventualmente ou apenas os mais complexos e que dependam de uma demanda multidisciplinar. Embora as dores crônicas, como a Dor Lombar Crônica, sejam uma condição frequente encontrada pelas equipes, alguns profissionais ainda associam a mesma como uma condição específica que deve ser cuidada por especialistas, e outros consideram ainda como uma queixa corriqueira, mas não prioritária para as equipes:

[...] Então, a gente está tentando filtrar para nesse momento, a gente discutir os casos mais graves, mais complexos. E deixar, talvez as lombalgias, que é o arroz com feijão [fala sorrindo] para um momento anterior a isso. (Pr1-médico)

[...] A gente tem direito de fazer essas reuniões de planejamento, duas horas por semana. Então a gente discute os casos que a gente fala que são casos prioritários, por exemplo, que são na nossa área de abrangência os nossos acamados, que têm uma situação específica. (Pr14- enfermeiro)

[...] Discutir casos de dor lombar crônica também acontece. Como a gente tem a residência agora, a residente de fisioterapia, ela participa das nossas reuniões. Então a gente acaba discutindo mais ainda os casos focados na fisioterapia. (Pr15-enfermeiro)

Os casos de Dor Lombar Crônica são frequentemente selecionados pelas equipes para o matriciamento com o Fisioterapeuta e/ou com o Educador Físico e/ou encaminhados para os grupos coordenados por esses profissionais, pois os mesmos são reconhecidos pelas equipes de ESF como os especialistas do NASF para dar suporte para casos de dor crônica:

[...] Com dor lombar eu acho que não, assim. Não [...] Não tem nenhum assim [...] Que eu lembre não. Normalmente acaba indo pro fisio ou pro educador físico. (Pr17- agente de saúde)

[...] Quando atendemos esse paciente [com Dor Lombar Crônica] e a gente acha interessante encaminhar pro fisioterapia, aí a gente tem essa tabela que insere esse paciente, faz o encaminhamento, e coloca para conversar sobre ele no dia do matriciamento, pois a gente tem um horário com o fisio e com a educadora física. (Pr16-enfermeira).

Neste estudo, evidenciou-se que alguns profissionais das Equipes de ESF estão envolvidos no cuidado da Dor Lombar Crônica e, embora seja importante reconhecer que outros profissionais não mencionados participam de forma indireta enquanto equipe, abordou-se mais especificamente o papel dos profissionais mais referenciados nas entrevistas, que são os Médicos, Enfermeiros e Agentes de Saúde.

Papel do Enfermeiro

O enfermeiro possui um papel fundamental dentro das equipes de ESF, e é reconhecido como o principal articulador das ações, pois além do contato próximo com o médico, também supervisiona diretamente o trabalho dos técnicos e agentes de saúde. Alguns profissionais o reconhecem como uma das principais portas de entrada, uma vez que uma grande parcela de usuários e/ou situações chega primeiramente para esse profissional.

[...] Principalmente pela agenda de demanda do médico, então eu vejo o enfermeiro a pessoa chave dentro da equipe, às vezes, mais até que médico porque ele entra em contato mais próximo com o agente de saúde, ele tem contato com o médico enfim, e acaba sendo esse grande articulador da equipe. (Pr8- profissional de educação física)

[...] Então eu percebo, sim, desde a minha formação, de que o enfermeiro acaba respondendo por maior parte dos serviços e das funções inerentes ao serviço. Quase todos os pacientes e as situações, eles acabam, sim, sendo levados para o enfermeiro primeiramente, para depois ser levado para equipe. (Pr14- enfermeiro)

O enfermeiro pode ter uma função importante no processo de cuidado das pessoas com DLC. Dependendo da autonomia desses profissionais e a consolidação do seu papel na equipe, os mesmos são os primeiros a acolher e ouvir as queixas dos usuários na demanda espontânea, a avaliar as necessidades dos pacientes (definindo se o mesmo necessita de consultas ou outros encaminhamentos) e a realizar as primeiras orientações para o cuidado:

[...] Elas são a porta de entrada, na verdade. Eles não chegam diretamente no médico. Passa sempre por elas. Se não estiver agendado. Se não tiver consulta agendada, qualquer pessoa que chega na Unidade e precisa de atendimento e não está com consulta agendada, passa pelas enfermeiras. (Pr5- médico)

[...] Então depende de como funciona aquela ESF, quando é muito médico centrado, a gente não tem tão forte assim esse encaminhamento e, quando as atividades são bem distribuídas entre os profissionais e que a gente vê consulta de enfermagem forte, a parte do acolhimento da enfermagem forte, a gente também recebe. (Pr9- profissional de educação física)

As consultas de enfermagem são ferramentas utilizadas por este profissional no cuidado de diferentes condições de saúde. No caso da DLC, a formação mais holística permite que o enfermeiro possa avaliar não só as queixas relacionadas à DLC, mas também identificar fatores de risco e presença de outras condições crônicas que podem interferir no cuidado. Isso pode ser importante para identificar as ações e serviços mais adequados e ofertar um cuidado mais integral:

[...] No caso de cair na consulta de enfermagem, na entrevista com o paciente o enfermeiro já consegue ver se o paciente já pode começar a praticar uma atividade física ou tem um risco grande de enfartar, de ter um AVC, de ter algum...problema. (Pr8- profissional de educação física)

[...] Primeiro a gente tem que saber se é uma dor aguda, se é um processo, digamos, inflamatório ou algo que surgiu no momento. Por algum tipo de lesão ou algum tipo de acidente que daí precisa de intervenção imediata. Então, a gente vai ter que fazer aquele (atendimento) naquele momento, vai direcionar a consulta do profissional médico e vai fazer, vai medicar aquele paciente, naquele momento. (Pr14- enfermeiro)

Papel do Agente Comunitário de Saúde

O agente de saúde desempenha vários papéis enquanto profissional da Atenção Básica, destacando-se principalmente seu papel como membro das equipes de ESF e sua função no monitoramento das famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família.

Para as equipes de ESF, o agente é considerado o “elo” entre a comunidade e as equipes de saúde, pois atuam trazendo informações dos usuários para as equipes e também divulgando/facilitando o acesso ao cuidado, na medida em que trazem para a unidade as queixas e necessidades das pessoas. Também são considerados pelos outros profissionais como “os olhos” da equipe, pois além de visitar as residências, muitos residem na comunidade em que atuam, tendo contato direto com as pessoas e conhecendo o contexto em que as pessoas vivem:

[...] Sim, as agentes comunitárias de saúde, a gente fala que é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Porque elas estão em contato direto com a comunidade, a maioria reside realmente na área de abrangência e tem um olhar mais qualificado por conhecer aquele morador, por estar perto e por conhecer não só o usuário quando procura o serviço, mas como é o domicílio, como são as relações lá no ambiente dele, familiar. Isso facilita assim a nossa visão, ajuda muito a nossa visão. (Pr14- enfermeiro)

[...] Claro que com a contribuição das agentes de saúde, nesse momento elas são fundamentais.

Porque, às vezes, a gente descreve uma situação e está indo numa linha de pensamento e com a informação que a agente de saúde traz a gente muda completamente a nossa visão. (Pr15-enfermeiro)

Na visão dos profissionais que atuam na AB, os agentes de saúde desempenham um papel importante nos casos de DLC, pois quando são envolvidos na discussão dos casos e bem orientados pelas equipes podem: trazer informações que complementam a compreensão da equipe sobre os casos, fornecer feedback sobre a evolução nos tratamentos propostos pela equipe, e orientar as pessoas a buscarem as equipes nos horários de acolhimento e agendar consultas com enfermeiros e médicos:

[...] Tem uma senhora que eu até falei com o médico que eu gostaria que ele fosse para dar uma conversada agora porque ela fez cirurgia de coluna então o acesso dela é [...] ela não é muito idosa, mas tem dificuldade para andar, tem dificuldade para vir até aqui, ela sente muitas dores, não tem o que faça para passar. (Pr18-agente de saúde)

[...] E elas mesmas orientam a própria comunidade. Elas vão orientar pra vir na unidade ou no acolhimento, quando elas veem que é uma queixa assim importante também elas já acabam orientando pro paciente vir. (Pr16- enfermeiro)

Quando são estimulados a participarem das atividades de grupos também podem ajudar a divulgar essas atividades e estimular a participação das pessoas com DLC:

[...] Elas [agentes de saúde] já entenderam um pouco isso [como funcionam as atividades] e é mais fácil delas conseguirem chamar esse paciente, trazer ele para o grupo porque elas fazem essa propaganda né, então eu acho que essa é a questão do agente de saúde, que é uma forma de trazer. (Pr13-fisioterapeuta)

[...] E as agentes comunitárias são muito parceiras, assim, de divulgação, né? Às vezes, a gente conversa com o paciente e eles dizem: - Ah, ela [agente de saúde] já me falou desse grupo. Vive insistindo para eu ir. Então, a gente vê, assim, que a equipe está muito conectada, né? (Pr8- profissional de educação física)

Outro papel importante desempenhado por estes profissionais é o cadastramento das famílias de sua área de abrangência e de algumas condições de saúde elencadas, denominadas como marcadores. Estes marcadores são utilizados pela prefeitura e pelo Ministério da Saúde (que coordenam essa atividade) para monitoramento de condições de saúde considerada prioritárias, como: Saúde da mulher e da Criança, Idosos, Saúde Mental, entre outras. Ressalta-se que casos de dor crônica não são considerados prioridade e por isso não há marcadores para essa condição:

[...] A gente acompanha gestante, crianças menores de seis anos, a gente acompanha os idosos, a gente acompanha hipertensos, diabetes, tuberculose [...] Esses são as prioridades. [...] Sim, nos fazemos o cadastramento da população, mas sobre dor crônica não. Nós temos se a pessoa tem algum problema físico aí tem, de deficiência. Aí a gente coloca de locomoção, cadeirante, isso a gente tem, mas de dor crônica não. (Pr18-agente de saúde)

[...] Não, dor não entra nos marcadores. Não pra gente, imagina, a gente trabalha com trezentas e poucas famílias pra ti lembrar de todos já é meio difícil [...] Então a gente fica só naqueles marcadores que têm no próprio fichário, no cadastro. (Pr19-agente de saúde)

Na visão de alguns profissionais, os agentes de saúde têm seu foco apenas no “cadastramento” das prioridades e nem sempre atendem às expectativas da equipe na execução do seu papel, pois muitos não

contribuem na identificação de casos, como os das pessoas com DLC, que poderiam se beneficiar com o cuidado na AB:

[...] As agentes de Saúde não têm certeza sobre a função delas! Elas [agentes] não passam em todas as casas. Elas só passam nas casas das prioridades. Algumas delas passam, na maioria das casas, têm meninas que são boas. Mas, mesmo assim, a maioria delas não sabe qual é a função delas. (Pr5-médico)

[...] Isso [cadastramento] é o programa do Ministério que cobra isso delas e o dia a dia delas acaba sendo focado nisso. (Pr15-enfermeiro)

[...] Casos de Dor Lombar Crônica, não! Não é uma demanda que eu tenho recebido delas [agentes]! (Pr4-médico)

As divergências em relação ao papel dos agentes podem estar relacionadas justamente com o duplo papel que desenvolvem. Como o cadastramento é uma atividade indispensável no monitoramento, as capacitações institucionais específicas que estes profissionais recebem são centradas no preenchimento de formulários e cadastramento correto das prioridades, tornando seu olhar direcionado e restrito para essas condições de Saúde. No entanto, em algumas equipes, seu papel parece estar ampliado quando estão envolvidos em todas as atividades, inclusive nas atividades de educação permanente:

[...] Vai depender muito do enfermeiro porque ele que é o chefe dessa parte das agentes de saúde, da cobrança de trabalho, do que as agentes de saúde precisam realmente fazer, quais são as visitas que eles tem que fazer, se o trabalho delas fica sendo mais visitar os acamados e entregar as consultas, saber qual que é o foco delas ali. (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Nós fazemos visitas, acompanhamos nossos marcadores nisso. Mas eles [enfermeiros e médicos] conversam com a gente e falam as coisas que eles precisam. (Pr18-agente de saúde)

Papel do Médico

Nos casos de DLC, o médico das equipes de ESF é o principal responsável por determinar o diagnóstico clínico (solicitação de exames), prescrever medicações e fornecer atestados médicos, e por isso, na maioria das unidades as pessoas com DLC buscam o cuidado desse profissional, principalmente nos momentos de crise:

[...] Por que a gente vinha consultar, daí quando dava aquelas crises [...] por que eu só procurava o postinho quando estava morrendo, naquelas crises horríveis assim [...] que daí eu vou para a injeção, mas hoje nem as injeções me ajudam mais. (Pr26-pessoa com DLC)

[...] Cheguei a entrar aqui (no posto) de cadeira de roda! [...] Aí tomei bastante aquele remédio bem forte que só toma quando tá com dor bem forte mesmo. Essa injeção. Quando eu tomava, aí a dor passava, me acalmava! [...] Aí o médico até me deu atestado. Estou com o atestado que o médico me deu, vou levar pra ver, renovar novamente. Vai levar um tempão pra mim trabalhar. Não sei quando é que eu vou trabalhar. (Pr21-pessoa com DLC)

[...] Eu vim no posto foi por casa da dor nas costas mesmo. Naquela época eu estava bem ruim das costas. Eu vim mais para pedir o raio X. (Pr23-pessoa com DLC)

Além deste papel, o profissional ainda desempenha funções como: realizar acolhimento, estabelecer conduta terapêutica e/ou plano de cuidado, orientar para o autocuidado, participar das atividades e das reuniões com outros profissionais (ESF E NASF). A principal estratégia de cuidado utilizada são as consultas médicas, onde o mesmo escuta as queixas, investiga as causas, estabelece as condutas e realiza os encaminhamentos necessários:

[...] Então, ela vem por causa de dor e por causa de queixas mais pontuais. E, aí, normalmente,

assim, o que eu acho que a maioria faz é, se é um caso de dor aguda, tenta abortar o mais rápido possível, a crise. [...] Então, assim, procurar a etiologia e tenta trabalhar nisso. Uma das coisas que, assim, eu sempre oriento, é calor ou gelo local, dependendo do caso. Ah, analgesia, fatalmente a pessoa sai, né? É muito difícil não sair com medicação (fala sorrindo) do consultório médico. Então, eu acho que quando o paciente entra com dor, ele sai mesmo com uma dor lombar e, uma das coisas que eu faço, é encaminhar, pela facilidade, para grupo do fisioterapeuta e da profissional de Educação Física. (Pr1-médico)

O papel do médico na definição da conduta terapêutica/plano de cuidado depende da relação que o mesmo desenvolve com sua equipe. Nas equipes onde o cuidado e decisões sobre os casos são centrados nesse profissional, o mesmo é o responsável por definir as estratégias terapêuticas e os encaminhamentos. Já em outras equipes, o médico compartilha essas funções com os outros integrantes de sua equipe (principalmente o enfermeiro), e também com os profissionais do NASF:

[...] Eles sabem que o atestado, ou de repente um medicamento, eu não vou conseguir, mas uma orientação [...] Eles querem saber se é grave, se não é. Essas coisas a gente consegue avaliar. E quando o caso, a gente percebe que precisa de uma avaliação, a gente tem uma abertura bem grande com o médico da equipe e a gente faz interconsulta. (Pr14-enfermeiro)

[...] Eu peço para que ele [pessoa com DLC] venha no acolhimento com a médica da equipe. A médica da equipe vai então orientar ele para ele vir no grupo [...] (Pr17- agente de saúde).

[...] Aí a partir de uma demanda nossa (equipe) e do fisioterapeuta, a gente resolveu que todos os casos têm que ser discutidos. Ele [fisioterapeuta] é

um profissional muito acessível, né? Então ele já me passou algumas coisas, que eu já posso orientar na consulta. (Pr1 –médico)

Em função da demanda, os médicos têm grande parte de sua carga horária destinada para ações de acolhimento, consultas agendadas e atendimentos de urgência. Dessa forma, participam pouco de outras ações para pessoas com DLC, como os grupos de autocuidado e atividade física.

Enfim, cada um dos profissionais possui um papel importante no cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica, no entanto, é necessário pactuar essas funções entre as equipes e buscar estratégias para consolidá-las, pois as mesmas são fundamentais para qualificar o cuidado.

6.2.4.3 Revelando o papel das equipes e dos profissionais da NASF no cuidado da DLC

O NASF é considerado na estrutura da Atenção Básica como uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que deve apoiar os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando seus saberes específicos e construindo conjuntamente com as mesmas, as práticas de saúde para a população sob sua responsabilidade. Embora esse conjunto de profissionais constitua uma equipe, as observações nas unidades e os relatos das entrevistas evidenciaram mais as ações individuais que cada profissional desempenha no cuidado da DLC (ou juntamente com as equipes de ESF), sendo eventuais as ações como equipe NASF.

As principais atividades, enquanto equipe, são as reuniões realizadas com a participação de todos os profissionais e a modalidade de reunião por categorias profissionais. Nas reuniões gerais do NASF, os profissionais participam de encontros mensais, sendo estes momentos utilizados para educação continuada e permanente e organização e estruturação geral do trabalho do NASF. De acordo com os entrevistados da pesquisa que participam destes momentos, embora algumas temáticas sejam discutidas nas ações educacionais, temas como dor crônica ou lombar crônica não costumam ser abordados:

[...] Ela tem alguma parte de formação, capacitação de alguns temas e a gente acaba trabalhando algumas questões burocráticas. E alguma coisa de capacitação, assim. Mas de dor crônica, nunca teve. Não que eu tenha participado. (Pr8- profissional de educação física)

Embora nas reuniões dos profissionais do NASF a discussão de casos clínicos não seja uma prioridade na pauta, como acontece nas reuniões das equipes de ESF, em algumas situações esporádicas são discutidos alguns casos mais complexos que requeiram a participação de vários profissionais do NASF. Ainda assim, os profissionais relatam que o encontro de todos os profissionais gera oportunidades para discutir informalmente encaminhamentos ou solicitar a participação de colegas de outras profissões em atividades em equipe (interconsultas, atividades em grupo):

[...] Quando a gente tem pacientes que são atendidos por esses profissionais a gente utiliza os intervalos, pois quando têm reuniões de NASF que é um momento que a gente consegue se encontrar e discutir isso. Agora, dor crônica, dor lombar fica mais voltado para as nossas categorias de educador físico, fisioterapeuta e a média complexidade [...] (Pr8- profissional de educação física)

Entre os profissionais que compõem a equipe NASF, os fisioterapeutas e profissionais de educação física se destacam no cuidado de pessoas com DLC, pois os mesmos são frequentemente solicitados pelas equipes de ESF para o matriciamento dos casos, auxiliam na construção de projetos terapêuticos para essas pessoas e participam ou coordenam as principais atividades voltadas para dores crônicas. Outros profissionais do NASF também participam do cuidado de DLC, mas apenas esporadicamente, quando sua participação é solicitada pelas equipes de ESF, ou pelos profissionais acima citados.

Fisioterapeuta

O papel que o fisioterapeuta da Atenção Básica desempenha no cuidado da DLC está relacionado ao seu papel como profissional do NASF, ao realizar o matriciamento junto às equipes de ESF e a regulação dos casos que necessitam de atendimento/cuidado fisioterapêutico. Outras atividades também realizadas e que envolvem casos de DLC são: organização dos fluxos de encaminhamentos para o serviço de fisioterapia (dentro e fora da AB), acolhimento de queixas relacionadas à dor e incapacidade, participação nos grupos, interconsultas e visitas domiciliares.

O fisioterapeuta é o profissional que as equipes contam para o apoio nos casos que consideram ser específicos para essa especialidade, pois entendem que este profissional está mais habilitado para cuidar de queixas relacionadas à dor de origem musculoesquelética e incapacidade funcional. Os casos DLC se encaixam nesse grupo e por isso são selecionados para o matriciamento com o fisioterapeuta e/ou simplesmente encaminhados para esse profissional:

[...] Acontece, sim, de discutir esses casos (DLC). Normalmente, como a gente está com a residência agora, a residente de fisioterapia, ela participa das nossas reuniões. Então a gente acaba discutindo mais ainda os casos focados na fisioterapia. (Pr15-enfermeiro)

O acolhimento das queixas de pessoas com DLC são realizados na sua maioria como uma das atividades dos grupos de autocuidado, mas o acolhimento pelo fisioterapeuta também acontece quando o mesmo é procurado pelas pessoas com DLC nas unidades ou quando as mesmas são encaminhadas para consultas individuais:

[...] esses encaminhamentos que eu já tinha separado lá no sistema, eu nem fiz acolhimento aí, entendeu? Eu já vi que têm, são vários de dor lombar! Eu já vou fazer um grupo e fazer um acolhimento coletivo! (Pr10- fisioterapeuta)

[...] Eu gosto bastante de fazer isso (acolhimento) nas unidades que eu trabalho porque eu acho que é muito importante essa segurança do paciente em saber que o fisioterapeuta está ali porque, às vezes, ele precisa de uma coisa muito simples [...]

é muito importante essa abertura, esse acesso eu acho, porque muitas vezes a gente via que os pacientes precisavam de uma declaração para o trabalho ou para perícia médica ou eles precisavam só de uma orientação porque começou a fazer academia e estava um pouco em dúvida se esse é o exercício certo. Às vezes, era uma coisa tão simples, tão pequena que se você permite essa conversa, porque na verdade é uma conversa, naquele momento em que a pessoa está precisando faz muita diferença! (Pr11-fisioterapeuta)

As entrevistas com estes profissionais revelam a preocupação da classe com o seu papel na regulação de casos e organização do serviço, preocupando-se em orientar os profissionais sobre os fluxogramas, critérios e classificações de prioridades para serviço de fisioterapia e auxiliando as equipes a entender o perfil dos usuários com DLC que podem ser cuidados na própria AB:

[...] Em geral, porque muitas vezes, por exemplo, quando chega um médico novo eu gosto de sentar com ele para explicar como é que as coisas funcionam, explicar quais são as atividades que a gente faz na atenção primária, quais são as atividades da atenção secundária, qual é o cuidado que a gente tem de tentar dar bastante atenção e acesso na atenção primária, e mandar para a atenção secundária somente os casos prioritários, eu passo para eles o que são prioridades pra gente, quais são as situações de alerta, em geral, eu deixo com eles o fluxograma, para que eles tenham isso na gaveta para que eles possam consultar em algum momento. (Pr11-fisioterapeuta)

O fisioterapeuta desenvolve ações em grupo, específicas para pessoas com dores crônicas na coluna (grupos de autocuidado), conjuntamente com o profissional de Educação Física. Essa atividade é um dos principais serviços oferecidos para as pessoas com DLC na AB e por isso, esses profissionais são reconhecidos como os principais “responsáveis” pelo cuidado das pessoas com DLC:

[...] Geralmente, quando tem uma dor mesmo, que eu vejo que tem um exame, que mostra a lesão, eu encaminho para o grupo de fisioterapia [refere-se ao grupo de autocuidado]. (Pr4-médico)

A consulta individual e as visitas domiciliares são recursos pouco utilizados por estes profissionais para os casos de DLC, sendo destinadas para situações onde os casos são considerados mais graves ou quando as mesmas precisam de orientações mais específicas. No entanto, percebe-se que, por lidar diariamente com casos de dor crônica, este profissional apresenta um olhar mais atento aos sinais e queixas relacionadas com essa condição, buscando orientar as pessoas, mesmo quando as mesmas se referem à DLC como queixa secundária:

[...] tem aqueles que vieram por outro motivo e que também se queixam da dor lombar e a gente já aproveita para fazer o trabalho. "Oh, a gente vai fazer a consulta individual aqui para falar da entorse, mas a gente tem um grupo que trabalha essa questão da dor nas costas, que ensina coisas que tem que fazer em casa e tal". Aí a gente aproveita o paciente para várias atividades. (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Os pacientes com dor lombar são mais encaminhados para os grupos. Alguns, em atendimento individual, porque, às vezes, são casos mais específicos. Dor lombar, mas seguida de, por exemplo, um prolapso de disco, uma coisa mais pontual. Ou o paciente está com muita dor e não responde a medicamento. (Pr12-fisioterapeuta)

Os profissionais fisioterapeutas se preocupam com o papel que desempenham, considerando que o cuidado de pessoas com DLC não deve ser centrado na sua atuação, mas deve ser compartilhado com a equipe que precisa trabalhar conjuntamente para ofertar um cuidado integral a essas pessoas:

[...] Minha intenção é que a gente consiga não pensar assim, pensar nessa questão da dor crônica como um problema, assim como hipertensão e diabetes, que é para a equipe básica como um

todo, que fosse tratado com todo mundo e não fisioterapeuta centrado, vamos dizer assim [...] E a questão da dor crônica é uma coisa muito "ah, tem que passar com fisio" então eu não vejo assim, é uma coisa que a gente tem que conseguir consolidar! (Pr13-fisioterapeuta)

Profissional de Educação Física

O papel desempenhado pelo profissional de educação física no cuidado das pessoas com DLC está relacionado com sua participação e coordenação dos grupos (AF e autocuidado) que constituem ações desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde para estimular a adoção de hábitos de vida e que auxiliam no controle dos sintomas dolorosos, e na melhora da funcionalidade e da qualidade de vida:

[...] Então a gente trabalha com o objetivo de as pessoas aumentarem atividade física semanal. Não importa se é com a gente ou fora daqui. Então, o que mais me agrada, assim, dos nossos pacientes, é quando ele diz: - Aí, comecei a fazer musculação 1 vez por semana. Agora aumentei para 2 dias! Isso é o que mais me agrada. É. – Aí, comecei a nadar. – Comecei a fazer Pilates. Então, isso é o que, eles começam a procurar outras atividades. [...] Se o paciente sair daqui sabendo o leque de opções que ele tem, o que é bom e o que é ruim. Perfeito! (Pr8-profissional de educação física)

[...] Todos os meus grupos de atividade física orientada, têm pessoas com dor lombar. E já fiz, também, alguns grupos específicos de alongamento e fortalecimento muscular. [...] Muitos me dizem que chegam lá com muita dor, e depois alivia. Né? Que depois que passaram a fazer os grupos, passou a aliviar a dor. Param de tomar remédio para dor. (Pr7- profissional de educação física)

Assim como os fisioterapeutas, os profissionais de educação física também realizam matriciamento com as equipes e/ou discutem

casos de DLC (quando a equipe considera que a prática de atividade física possa ser indicada), além de interconsultas ou consultas individuais (quando as pessoas não podem participar dos grupos de autocuidado). Como são conhecidos pelas equipes por atuarem em conjunto com o fisioterapeuta nos casos de DLC e por estarem mais presentes nas unidades em função da sua carga horária, costumam ser solicitados pelas equipes de ESF para acolher e orientar pessoas com DLC:

[...] E tem aquela coisa, assim. Muitas vezes eles encaminham porque eu estou mais disponível, acabo tendo que abraçar todo mundo, né! Aí eu faço consulta individual [...] e para aliviar a dor [...] pode ser feito um alongamento passivo, muitas vezes assim. Aí dou o folder lá, de como alongar, dou uma orientação rápida. E vejo se a pessoa tem condições de ir para uma academia ou para algum atendimento mais especializado. (Pr7-profissional de educação física)

6.2.4.4 Reconhecendo os desafios para concretizar ações de trabalho em equipe

A Estratégia de Saúde da Família, como programa, originou-se como proposta para reformulação da Atenção Primária à Saúde, visando tornar efetivo o modelo de Atenção à Saúde Proposto pelo SUS. A mesma parte de um processo de trabalho em equipe multiprofissional para prestar o cuidado pautado no atendimento integral, contínuo e resolutivo.

Os profissionais de saúde consideram que para efetivar o cuidado de pessoas com DLC na Atenção Básica é necessário que todos os profissionais envolvidos no cuidado se tornem uma só equipe. Para isso, ressalta-se a necessidade de superar alguns desafios para alcançar a integração disciplinar que reflita na integralidade das ações. Na visão dos participantes do estudo os caminhos que levam ao trabalho em equipe preconizado pelos princípios da Atenção Básica, perpassam por ações como: discussão e construção conjunta das ações de cuidado, troca de saberes, compartilhamento da responsabilidade do cuidado, e apoio às ações realizadas por outros profissionais da equipe.

[...] A atenção básica é algo que a gente tem que trabalhar muito na questão multiprofissional e quando cada um trabalha apenas no seu e não vê a importância das outras questões ou então não tem essa relação, essa discussão entre as profissões a gente perde algumas oportunidades. (Pr9-profissional de educação física)

A discussão e construção conjunta do cuidado são fundamentais para que os profissionais compreendam a proposta da AB e o seu papel no cuidado de pessoas com DLC. Embora os participantes destaquem sua atuação em equipe, como um dos aspectos favoráveis do trabalho desenvolvido, percebeu-se que algumas fragilidades apontam ainda a segmentação do trabalho por especialidades ou equipes, tais como: o desconhecimento sobre o funcionamento de algumas ações e recursos disponíveis e divergência nas informações repassadas aos usuários:

[...] Eu não sei que orientações estão sendo passadas [refere-se aos grupos], não sei se as minhas orientações podem estar batendo com aquelas orientações e eu acho que isso é um problema! (Pr6-médico)

[...] Eu não sei muito sobre isso na verdade, porque aqui a gente tem ela [profissional de saúde] que faz acupuntura, só que eu “acho” que ela só faz acupuntura para os pacientes da área dela e, é ela quem define quais são os pacientes que vão receber esse tratamento, entende? (P11-fisioterapeuta)

[...] Ela [pessoa com DLC] é uma pessoa sozinha com muita dor direto, vive no anti-inflamatório direto, tem setenta e poucos anos, é bem difícil. Só que aí eu não sei se pode trazer pra fisioterapeuta direto ou se precisa passar pelo médico primeiro. (P19-agente de saúde)

Alguns participantes relatam a interação e sinergia do trabalho em equipe como “falar a mesma língua”, que implica em compartilhar

da mesma visão sobre o cuidado e utilizar o mesmo discurso sobre o cuidado com as pessoas com DLC. Neste estudo, constatou-se que as equipes ESF, assim como os profissionais do NASF que desenvolvem conjuntamente as atividades para pessoas com DLC apresentam sinergia ao atuarem em equipe, mas ainda há dissonâncias na interação entre equipes ESF e profissionais do NASF para a construção do cuidado:

[...] A gente precisa uniformizar mais o discurso porque por enquanto o discurso está muito entre nós do NASF, está muito comigo, muito com a profissional de EF e com a agente de saúde que participa junto com a gente nas atividades, e pouco com os outros profissionais [...] assim, a gente ainda não conseguiu democratizar essa linha que a gente segue. A gente ainda não conseguiu fazer com que o médico tenha esse discurso, que o enfermeiro tenha esse discurso, que todo mundo tenha o mesmo discurso, por enquanto o discurso deles é "fala com a fisioterapeuta, fala com a profissional de EF". (Pr11- fisioterapeuta)

[...] Aí o que eu sinto é que fica isolado, assim. Aí eu faço plano terapêutico do fisioterapeuta, o médico o plano terapêutico do médico, na visão do médico. Aí fragmenta o paciente quando ele devia ter um atendimento conjunto. Uma visão conjunta. (Pr12-fisioterapeuta)

Quando as equipes não falam a mesma linguagem se propagam informações desencontradas sobre o serviço, deixando os usuários inseguros e confusos sobre como devem agir em relação ao seu cuidado, o que interfere na adesão dos mesmos nas atividades propostas, como nos casos em que as equipes de ESF os encaminham para os grupos sem explicar que não se trata de fisioterapia convencional:

[...] Isso é uma das coisas que mais limita o nosso grupo. Quando a pessoa tem essa noção (sobre a finalidade do grupo) a adesão dela é muito maior, mas quando não tem esse contato com a ESF, que a ESF simplesmente encaminhou para a fisioterapia sem fazer uma orientação ou antecipando quais são os objetivos do grupo, qual

é a ideia do grupo, isso se perde, ela vem no primeiro encontro a gente faz aquela avaliação, mas a adesão à parte prática já é diminuída. (Pr9 – profissional de educação física)

[...] Então já teve fisioterapeuta que chegou discutindo o caso "Oh, assim, vamos manejar dessa forma", "Assim é interessante", "Isso ajuda". E eu digo isso porque uma vez eu precisei do fisioterapeuta e eu aprendi tanta coisa com ele, de fazer a "geleinha" lá do gelo, coisas que para mim, eu já era enfermeira e eu nunca tinha precisado e nunca tinha feito. (Pr15- enfermeiro)

[...] E aqui também no dia a dia assim, a gente acaba conversando com o médico ou com o próprio fisioterapeuta, tinha a educadora física. A gente acaba conversando, trocando ideias e aí acaba ajudando nessa orientação e nesse atendimento. Eu acho interessante, porque vem muitas pessoas com DLC. (Pr16-enfermeiro)

Para os profissionais a concretização da atuação em equipe em que todos os profissionais trabalhem em sintonia depende também do tempo em que os profissionais dispõem para atuarem juntos, para possibilitarem a formação de vínculo, a troca de saberes, o afinamento entre as ações e o estabelecimento de confiança no trabalho dos pares:

[...] Agora como é que a equipe inteira fala a mesma língua? Eu acho que vai ser uma coisa de aprendizado com o tempo. É um aprendizado que a gente vai construir em conjunto, eu acho que é com o tempo. E com o casamento de interesses, à medida que começa a trabalhar nessa área pessoas que tão capacitadas pra trabalhar nessa área. É diferente quando você pega profissional que tem a visão de Atenção Básica e quando não tem! (Pr12- fisioterapeuta)

Uma das vantagens do trabalho em equipe é a possibilidade do trabalho interdisciplinar, com a participação de profissionais de diferentes especialidades. Cada profissional pode contribuir,

complementando o cuidado com suas habilidades e conhecimentos específicos, compartilhando a responsabilidade, principalmente no cuidado de condições crônicas, em que as pessoas não possuem apenas demandas relacionadas com a dor, mas também com questões psicossociais, relacionadas ao trabalho e ao convívio familiar entre outras. A percepção dos participantes sobre a corresponsabilidade dos profissionais enquanto equipe foi divergente. Enquanto alguns profissionais relatam que suas equipes compartilham a responsabilidade no cuidado, outros profissionais apontam fragilidades nesse processo tais como: a transferência do cuidado das equipes ESF para alguns profissionais do NASF e o número reduzido de profissionais das equipes NASF envolvidos no cuidado:

[...] Eu acho que falta é esse critério quando você faz o matriciamento. Dessa responsabilidade não ficar só não do fisioterapeuta. Essa responsabilidade ser dividida com o grupo. Principalmente porque é equipe que teoricamente conhece melhor o paciente. Eu venho aqui enquanto NASF dar suporte para aquela equipe, eu não conheço o paciente. Eu conheço ali uma patologia, um agravo, uma dor nas costas. Mas eu não acompanhei longitudinalmente esse paciente, então teoricamente era uma responsabilidade de uma porcentagem até maior da equipe decidir isso também. Isso acaba ficando na mão do fisioterapeuta. (Pr12- fisioterapeuta)

[...] A gente tá engatinhando ainda. Eu acho, em relação a isso. Até porque tem ainda uma cultura de que "Ah, é com o nutricionista agora", "Ah, é com o fisioterapeuta agora, não é mais meu". Isso tem na cabeça dos profissionais, sabe? A gente tenta não trabalhar dessa forma, mas é muito difícil. (Pr15- enfermeiro)

No cuidado das pessoas com DLC, o trabalho em equipe também implica em apoiar todas as ações e serviços ofertados pela AB. Na visão dos participantes, “apoiar” a equipe não implica somente em encaminhar o usuário para os serviços ofertados pela AB, mas estimular a

participação das pessoas com DLC, reforçar os cuidados orientados por outros profissionais da equipe e participar, mesmo que esporadicamente, dessas atividades. A participação nas atividades realizadas por outros profissionais da equipe auxilia na adesão e participação das pessoas com DLC, pois as mesmas se sentem mais seguras quando percebem que os profissionais de sua confiança apoiam e participam das atividades recomendadas:

[...] Então a gente faz o atendimento e eles mesmos [médicos] direcionam "Ó, tua próxima consulta vai ser com o enfermeiro", então isso qualifica também o nosso atendimento. Porque o paciente acaba nos enxergando, sim, como um profissional capaz de prestar aquele atendimento e com qualidade. (Pr14- enfermeiro)

[...] Na Coloninha, a gente tinha uma médica que participava do nosso grupo e a adesão era outra. Principalmente porque ela falava e marcava "oh tal dia a gente vai trabalhar isso aqui e eu vou estar lá junto com vocês". Ela ficava junto com a gente e nos auxiliava nas orientações trabalhadas, era bem interessante. Era sempre uma adesão bem grande porque ela entendia como importante e ela participava realmente do grupo.(Pr9- profissional de educação física)

[...] Pra mim esse grupo é muito bom. Não é só as agulhas que me ajudam, é as médicas! Porque eu me criei assim que pobre não se mistura, olha que cabeça imunda [...] Médico para mim eu tinha medo, vergonha [...] elas estão aqui e passam uma energia boa pra gente! (P28) (pessoa com DLC que participava de um grupo de acupuntura)

6.2.5 Desvelando as Estratégias/Ferramentas para o cuidado das pessoas com DLC na AB

Os profissionais da AB utilizam um amplo arsenal de estratégias/ferramentas para viabilizar o cuidado dos usuários. Para compreender como as mesmas são utilizadas no cuidado das pessoas com DLC, classificaram-se as estratégias em: “Estratégias Interativas”, “Estratégias relacionais”, “Estratégias Terapêuticas”, “Estratégias Educativas” e “Estratégias de Gestão do Cuidado” (Figura 13). Ressalta-se que essa classificação serve apenas como um recurso didático para melhor descrever cada uma das estratégias analisadas, pois na prática o cuidado é composto pela combinação de várias destas estratégias (ou pela incorporação de várias estratégias dentro de outra).

Figura 13 - Estratégias da Atenção Básica para o cuidado das pessoas com Dor lombar Crônica.



Fonte: Elaborato pelo autor

6.2.5.1 Desvelando Estratégias Relacionais para o Cuidado da DLC

As estratégias relacionais e interativas são frequentemente utilizadas pelos profissionais da AB, visto que os princípios desse nível de Atenção requerem o estabelecimento da responsabilização pela área adscrita e vinculação com a população para garantir a continuidade do cuidado. As mesmas podem também ser compreendidas como “princípios” para o cuidado na Atenção Primária, mas nesse estudo são consideradas “estratégias”, pois configuram os recursos que os profissionais utilizam que para alcançar o cuidado humanizado e centrado nas necessidades das pessoas. As estratégias relacionais que emergiram ao abordar o cuidado de pessoas com DLC foram: acolhimento, vínculo e o diálogo.

Acolhimento

O acolhimento é uma estratégia relatada por todos os profissionais, pois pode ser utilizada não somente durante o acesso da pessoa aos serviços, mas durante as demais ações de cuidado e por isso é frequentemente utilizada como recurso associado às outras estratégias de cuidado, tais como consultas, grupos e visitas domiciliares.

O acolhimento envolve exercer a escuta buscando compreender as queixas das pessoas, sanar suas dúvidas e buscar alternativas para ajudá-las na resolução dos problemas. No caso das pessoas com DLC, o acolhimento é um momento para ouvir sobre as queixas de dor, incapacidade e impacto no dia a dia; sanar dúvidas sobre tratamentos, exames e cuidados, e buscar as melhores alternativas de cuidado para cada caso:

[...] Ouvir o paciente, porque é um momento que você ouve o paciente no grupo. Tem um momento do grupo, ele tem uma dinâmica. Você ouvir o paciente, ouvir a sua queixa e você inserir ele nesse contexto da saúde, onde que ele está localizado dentro desse contexto, assim [...] Se tem dor, o que a gente pode oferecer. O que a gente pode fazer junto... Eu acho que é uma perspectiva de acolhimento. (Pr12-fisioterapeuta)

[...] Eu vou receber o paciente que é da minha equipe, que é da minha área, vou pegar ele e tentar

acalmar a angústia dele ali naquele momento, vou conversar com ele, falar que ele vai ser atendido vou saber da queixa dele, se ele quiser me contar ou não. Vou dar uma senha para ele, mas nesse meio tempo vou acalmar ele para que ele espere mais tranquilo e mais calmo ali para a equipe atender, médico ou enfermeiro. (Pr17- agente de saúde)

Nas atividades dos grupos de autocuidado, essa estratégia parece confundir-se ou fundir-se com a “triagem” de casos, pois os profissionais aproveitam a oportunidade de acolher para realizar a “anamnese”, avaliando as condições clínicas e conhecendo os casos que necessitam ser encaminhados para serviço especializado:

[...] Alguns pacientes eram só inseridos já, no SISREG e demoravam até um tempão para ser chamados para fisioterapia [policlínica]. Quando iam já estava aquela coisa crônica, tal. Agora, não. Agora a gente já tem, com essa formação de grupos, o atendimento mais agilizado, a gente está conseguindo fazer um acolhimento 100%. (Pr10- fisioterapeuta)

Vínculo

O vínculo implica no estabelecimento de laços e confiança mútua, que produzem uma interdependência entre profissionais de saúde e as pessoas da comunidade, favorecendo continuidade do cuidado e a adesão aos tratamentos. A estratégia de vinculação envolve entre ambos a construção de um relacionamento com os usuários ao longo do tempo:

[...] Então, por exemplo, se você mora na rua X, e vem consultar aqui com essa equipe. Daqui a 10 anos, tu vem consultar, tu vai cair na mão do mesmo médico, da mesma enfermeira, da mesma odontóloga. Isso facilita! (Pr8- profissional de educação física)

[...] Eles (equipe NASF) sabem o quanto é bom receber um paciente que tem uma equipe, que está

sendo acompanhado, que o paciente sabe o nome do médico, sabe o nome do enfermeiro. Isso faz muita diferença para o pessoal do NASF também. Até porque quando ele tiver que devolver o paciente, o paciente não vai ser resistente. Porque já tem um vínculo com a equipe, sabe que quem cuida dele. (Pr15-enfermeiro)

No caso de condições crônicas como a DLC, o vínculo é uma estratégia fundamental para a adesão dos usuários às ações propostas. Na percepção dos profissionais, quando se consegue estabelecer relações de confiança e vínculo com os usuários, os mesmos obtêm melhores respostas na participação e adesão aos grupos de autocuidado e outras condutas propostas:

[...] Muitos já sabem quem eu sou e todos que eu chamo para o grupo falam: - Ah, eu lembro de você, aquele moreninho, que me deu orientação! Então fica mais fácil, cada vez os pacientes faltam menos nos grupos, porque muita gente já conhece a gente, então eu acho que é mais ou menos nesse sentido de vínculo mesmo. (Pr13-fisioterapeuta)

Para trabalhar com essa estratégia, é necessário tempo de interação entre os envolvidos, e habilidades para a construção de um relacionamento construído através de: cooperação mútua, solicitude e relação horizontalizada. No entanto, alguns profissionais ainda não compreendem a necessidade de desenvolver habilidades para desenvolver vínculos com a população, pois acreditam que constituirão habilidades pessoais natas ou afinidade dos usuários com determinados profissionais:

[...] Sim, tem que ser uma pessoa que saiba chamar, porque a gente teve dois casos aqui: uma profissional chamou mais a população que a outra e, já no outro centro de saúde que a outra pessoa trabalha, ela chamou mais que essa que estava lá antes, então tem que ver muito é o jeito da pessoa com a população, com a comunidade [...] as pessoas tem que gostar da pessoa sabe, não é nada

específico! E assim: "gostei daquela profissional e eu vou" A outra não encaixou, mas é coisa de personalidade de cada um não tenho nada, não tem como dizer que é falha de um ou falha de outro, não tem isso! (Pr18- agente de saúde)

Dialogando para construir o plano de cuidados

O diálogo é uma ferramenta utilizada na maioria das ações realizadas pelos profissionais, tanto para conhecer o contexto do indivíduo e compreender suas necessidades, como também auxilia no estabelecimento de vínculo entre eles. O diálogo implica na interação entre os envolvidos e é percebida pelos profissionais como dispositivo que proporciona uma relação horizontal entre ambos, na medida em que os usuários também participam da construção do seu cuidado ao explicar seus problemas, expor dúvidas, discutir escolhas e trocar informações com os profissionais de saúde:

[...] Eles querem saber qual atividade física certa para eles, é mais uma questão assim de você dar confiança para a pessoa fazer o que ela quer, aquele respaldo do profissional, de o paciente vir e conversar contigo e você não vai prover o tratamento todo para ele, mas você respaldou qual era o caminho que ele tinha que seguir e ele se sente seguro com isso. (Pr11- fisioterapeuta)

Embora o termo “conversa/diálogo” tenha sido frequentemente utilizado nas entrevistas dos profissionais de saúde, percebe-se que enquanto alguns profissionais entendem este recurso como um meio para promover a construção conjunta do cuidado, outros profissionais compreendem a importância de conversar com os usuários, mas utilizam para avaliar e investigar as condições clínicas do usuário, (mas) na perspectiva de uma “anamnese”:

[...] Aí tu vai lá e tu descobre: a primeira consulta, ele não falou. Depois ele fala que: - eu trabalho com vendas. Aí tu diz: - não, mas tu vende o quê? – Ah, eu vendo [...] Sei lá. Uma coisa bem leve. - Travesseiro. Aí você pensa: - puxa, vende travesseiro, não faz sentido. Não carrega sapato, não carrega peso. Não faz sentido. Daí tu não

pensa nisso. Só que ele diz depois: - não, eu vendo travesseiro para loja. E eu vou de carro até lá. Ao longo da história tu vai descobrindo [...] (Pr2-médico)

Nas entrevistas com as pessoas com DLC também se observou que alguns profissionais ainda “determinam” qual será a conduta e que os usuários sentem que precisam “obedecer” essas recomendações para obterem melhora:

[...] Não adianta ele mandar eu fazer e eu não fazer, pois é igual ele manda tomar um remédio, eu não tomar [...] O que adianta? Não adianta nada. Eu faço, porque ele manda, eu faço. Não é que ele manda, ele pede para mim fazer eu faço. Porque é melhor para mim também. (P25-pessoa com DLC)

[...] E ele era brabo, sabe? Ele dava bronca assim, mas você via que ele era uma pessoa, que ele queria teu bem, não era só pra te mandar calar a boca, era pra te puxar com mesmo, pra gente. E eu nunca fiquei brava com ele, porque eu sabia que tudo que ele tava falando era verdade e era pro meu bem, não era pra me humilhar. (P27-pessoa com DLC)

Nesse sentido percebe-se que o plano de cuidados, nem sempre é construído em conjunto com as pessoas com DLC, sendo ainda, em algumas situações, uma ação verticalizada onde o profissional de saúde “dialoga” com o usuário apenas para compreender o contexto e os mecanismos causais da DLC, e repassa as orientações e/ou conduta terapêutica que julga mais adequada para o caso.

6.2.5.2 Desvelando as Estratégias Instrumentais para o cuidado da DLC

As estratégias instrumentais são compreendidas como o instrumento para viabilizar a utilização de outras estratégias para o cuidado. Nesse estudo, as principais estratégias instrumentais para o cuidado das pessoas com DLC foram: visitas domiciliares, consultas/interconsultas e os grupos.

Visitas domiciliares

A visita domiciliar constitui uma estratégia para o cuidado, a partir do conhecimento da realidade das pessoas e sua família *in loco*. Ao visitar as casas e o contexto em que as pessoas vivem é possível se aproximar das pessoas, criar vínculo e adequar o cuidado de acordo com os elementos encontrados.

Em função da grande demanda, as visitas domiciliares constituem uma estratégia que as equipes utilizam apenas nos casos onde precisam levar o cuidado às pessoas/famílias que não podem se deslocar até os centros de saúde e/ou quando é indispensável conhecer o ambiente onde vivem para adequar o cuidado. As principais situações elencadas para as visitas são pessoas “acamadas”, ou com dificuldades de locomoção (principalmente idosos):

[...] Então a gente faz atendimento domiciliar, visitas domiciliares às famílias que são vulneráveis. Então aqueles que são acamados, que têm uma restrição de sair da casa. (Pr14-enfermeiro)

A DLC não costuma ser uma prioridade para o agendamento de visitas domiciliares, mas com frequência aparece como queixa secundária. Os profissionais atribuem a presença de dor crônica na região lombar principalmente à pouca mobilidade e à permanência prolongada em determinadas posições (deitada ou sentada):

[...] Ontem eu fui fazer uma visita com a fisioterapeuta porque o médico tinha indicado, daí a gente foi. Chegando lá ela conversou sobre as dores dela, só que a gente foi ver sobre o acesso dentro da casa como é para a senhora andar para não vir a ter risco de quedas. Daí ela sempre expõe todas as situações dela, ela tem muitas dores, ela fala das dores do corpo dela, ela é uma idosa de oitenta e poucos anos. (Pr18-agente de saúde)

Ao identificar queixas de dor crônica entre as pessoas que recebem visitas domiciliares, geralmente as equipes buscam o apoio do fisioterapeuta para orientar posicionamentos, adaptações para posturas sentadas e deitada e também recursos não farmacológicos de fácil utilização (uso de calor, massagens). Essas estratégias podem ser usadas tanto como prevenção ou como medidas para alívio da dor:

[...] Tem uma senhora que eu até falei com o médico que eu gostaria que ele fosse para dar uma conversada agora porque ela fez cirurgia de coluna, então o acesso dela é ruim [...] ela não é muito idosa, mas tem dificuldade para andar, tem dificuldade para vir até aqui, ela sente muitas dores, não tem o que faça para passar. Até seria bom se conseguisse a fisioterapeuta para fazer alguma coisa para ela se ajudar dentro de casa, ela está com muita dor. (Pr17-agente de saúde)

Consultas e Interconsultas

As consultas são uma estratégia de cuidado comumente utilizada pelos profissionais de saúde na AB. No cuidado das pessoas com DLC destacam-se a utilização desse recurso por médicos e enfermeiros das equipes de ESF, que se valem dessa estratégia para acolher as queixas e definir o plano de ações de cuidado. Já as interconsultas ou consultas compartilhadas são as realizadas com dois ou mais profissionais que interagem no momento da consulta para traçar o plano terapêutico para determinado usuário. Essa estratégia é utilizada nos casos de DLC quando um profissional percebe a necessidade da avaliação de profissionais de outra especialidade ou para determinar a necessidade de encaminhamentos. Na prática diária dos profissionais entrevistados a configuração mais comum nos casos de DLC é a interconsulta realizada por dois profissionais, sendo as especialidades mais citadas: Profissional de educação física, fisioterapeuta, médico, enfermeiro e nutricionista.

[...] Eu faço muito com a Nutrição. Que aí a gente vê algum caso que necessita da intervenção de nós dois , e aí a gente acaba compartilhando a consulta. (Pr7-profissional de educação física)

[...] Interconsulta é uma consulta com dois ou mais profissionais. Então a gente chama esse paciente, eu tô encaminhando, por exemplo, pra uma dor específica, eu sento com a fisioterapeuta e a gente faz atendimento em conjunto. Bem interessante. Para ambas as partes. Eu faço bastante interconsulta, principalmente com o fisioterapeuta, algumas vezes com o nutricionista. (Pr9- profissional de educação física)

[...] E quando o caso, a gente percebe que precisa de uma avaliação, a gente tem uma abertura bem grande com o médico da equipe e a gente faz interconsulta. (Pr15-enfermeiro)

As interconsultas constituem uma ferramenta importante, pois o atendimento simultâneo favorece a interação entre os profissionais, o compartilhamento de saberes e agilidade na definição das ações de cuidado e encaminhamentos para outros serviços (dentro e fora da ABS):

[...] É um processo dinâmico. Já acontece na hora. O paciente já vai sair ou com a receita de uma medicação, de repente, injetável caso necessário ou via oral. Vai sair com medicação também, se precisar. (Pr16-enfermeiro)

[...] Quando a gente percebe que precisa de uma avaliação, a gente tem uma abertura bem grande com o médico da equipe e a gente faz interconsulta [...] quando eu vejo que não consigo liberar o paciente assim, não consigo dar a resposta que ele precisa. (Pr15-enfermeiro)

Grupos

As atividades realizadas em grupo são estratégias frequentemente utilizadas como recurso no cuidado aos usuários e têm sido propostas nos documentos norteadores para o trabalho na Atenção Primária (BRASIL, 2014), como ferramenta para trabalhar com questões relacionadas com a educação e à promoção da saúde. As ações em grupo foram amplamente referidas pelos participantes do estudo como estratégias para o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica,

principalmente, aos grupos de autocuidado para Dor na Coluna e Grupos de Atividade Física.

Os grupos de autocuidado para Dor na Coluna são a ação de cuidado para onde a maioria das pessoas com DLC são encaminhadas, após as ações de acolhimento e consultas com as equipes de ESF. As atividades dos grupos envolvem uma combinação de outras estratégias (relacionais, educacionais, terapêuticas) que proporcionam às pessoas com DLC uma ação de cuidado que integra: o acolhimento das queixas (por fisioterapeutas e profissionais de educação física), a troca de experiências, orientações para o cuidado e aprendizado de exercícios terapêuticos que possam auxiliar no controle da dor. O foco principal dessa atividade é empoderar as pessoas para que as mesmas possam ser protagonistas do seu cuidado, aprender a evitar situações que possa agravar a dor e utilizar medidas não farmacológicas para o alívio da dor:

[...] A ideia é que eles também venham para o grupo, por que nesse grupo também funciona como acolhimento. E é importante mesmo que eles vão depois para a fisioterapia, que eles passem por essa primeira parte de orientação. Que eles precisam estar mudando hábitos, senão não vai ajudar fazer fisioterapia. E a ideia também é muito de sensibilizar a pessoa da importância de ela cuidar daquela dor crônica. Para ela se cuidar, de ela procurar o tratamento. De ela ter a noção de que agora não está doendo, daqui a pouco vai doer. (Pr7-profissional de educação física)

[...] O objetivo é que o paciente aprenda forma de cuidar de si mesmo, forma de amenizar a sua dor, independente de ela ser crônica ou aguda, mas que ele aprenda formas de não ter tanto a ocorrência da dor, e que ele aprenda a ter uma vida em que ele siga de modo que ele não tenha mais lesão ou ele se poupe de novas lesões. (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Também como forma de alívio, principalmente, centrada na questão não medicamentosa, que seria quando a gente pensa na coluna é o calor, então a forma que a gente

pode utilizar ou bolsa ou até uma garrafinha PET que a gente possa trabalhar o que a pessoa tem em casa para ela ir utilizando isso diariamente e ter essa resposta também à parte do exercício, para ver a importância de cada orientação dentro do cuidado da dor. (Pr9-profissional de educação física)

Estes grupos são organizados de forma independente, de acordo com cada unidade e equipe de assistência (sendo compostos por fisioterapeutas e profissionais de educação física). Os encontros ocorrem semanalmente ou periodicamente de acordo com a disponibilidade dos profissionais, totalizando 2 a 6 encontros.

Muitas pessoas com queixas de DLC também são encaminhadas pelas equipes de ESF para outra modalidade de grupos – os Grupos de Atividade Física, que têm como proposta estimular as pessoas para a prática de atividades físicas, mantendo-as mais ativas. Também constituem uma forma de trabalhar coletivamente a prevenção de várias condições crônicas e nos casos de DLC, especificamente, além de auxiliar na prevenção de dores crônicas, os grupos podem ser uma estratégia para o alívio e controle da dor:

[...] Não apareceu nada no exame. Mas ele tem dor. Então, tem que ser observado. E essa pessoa tem uma chance de melhora. E, possivelmente, lá na frente, se ela não cuidar, ela vai ser um paciente com dor crônica e que vai estar numa fila de fisioterapia. Então, esse grupo (atividade física) também tem a função de trabalhar a prevenção, né? E também o tratamento. (Pr7- profissional de educação física)

São considerados grupos abertos, pois qualquer pessoa pode participar e não há cobranças quanto à assiduidade. No caso das pessoas com DLC, geralmente, as mesmas são encaminhadas pelos profissionais das unidades de saúde ou buscam os grupos, por conhecer outros participantes que relatam que a prática tem trazido bons resultados para alívio da dor:

[...] A pessoa passou aqui na frente achou interessante, pode vir. É uma das coisas que a gente tenta facilitar para o acesso à atividade física. (Pr9- profissional de educação física)

[...] eles [pessoas com DLC] chegam por encaminhamento médico ou da enfermagem, técnico de enfermagem. (Pr7- profissional de educação física)

A estrutura das aulas e o tipo de atividade física variam de acordo com o espaço físico na unidade e/ou disponibilizado na comunidade e das necessidades de cada local. Em algumas unidades, os profissionais aproveitam os momentos de encontro para a prática de AF para realizar pequenos momentos de educação em saúde:

[...] Lá na Unidade X já é um perfil diferente, então lá a gente tem um trabalho mais voltado para o neuromuscular porque a gente tem um auditório específico para isso e que eles têm mais necessidade nessa questão. (Pr9- profissional de educação física)

[...] naquela roda de conversa inicial lá, de 15 minutos, a gente entrega os folderes e a gente vai trabalhando aos pouquinhos. Como fazer um alongamento, como fazer um aquecimento [...] E nas terças aí muda. Fala um pouco de nutrição, fala dos problemas na comunidade, coisas que eles queiram saber. (Pr8- profissional de educação física)

O profissional de saúde que coordena essa atividade são os profissionais de Educação Física, mas além destes foi possível observar durante o período de coleta de dados que em algumas unidades outros profissionais (agentes de saúde, fisioterapeutas) participam dessas atividades. Entre as modalidades de atividades nos grupos: destacam-se a “caminhada” e “prática corporal”.

Embora menos frequente, os relatos dos profissionais e as observações apontam que outras configurações de grupo também

acontecem com a inserção de Práticas Integrativas Complementares em Saúde, como a acupuntura e auriculoterapia. Alguns profissionais expuseram ainda experiências anteriores em outras modalidades de grupos para dor crônica com a participação de profissionais da equipe de ESF e outros profissionais do NASF (nutricionistas, farmacêuticos), contudo, os mesmos constituíram ações isoladas em algumas unidades e, em função das barreiras organizacionais e estruturais, foram extintos.

6.2.5.3 Desvelando as Estratégias Terapêuticas para o cuidado da Dor Lombar Crônica

As estratégias/ferramentas terapêuticas constituem aquelas utilizadas especificamente para o controle e alívio da dor e melhora da incapacidade. As mesmas são conhecidas pelos profissionais da AB como: “Medidas Farmacológicas” e “Medidas Não Farmacológicas”.

As medidas farmacológicas constituem a estratégia terapêutica mais frequentemente utilizada pelos médicos das equipes de ESF, que são os responsáveis pela prescrição dos medicamentos. As medicações mais comumente utilizadas são os analgésicos e os anti-inflamatórios não esteroides e relaxantes musculares. Nos casos em que a dor não responde às medicações comuns e as queixas persistem, alguns médicos lançam mão da classe de opioides. Esses últimos também são utilizados nos casos de pessoas mais idosas e/ou com outros problemas de saúde que poderiam ser agravados em função dos efeitos colaterais de analgésicos e anti-inflamatórios:

[...] A princípio, quando a pessoa chega virgem de tratamento, ela sai com o básico, assim. Um analgésico, um anti-inflamatório, e orientação de repouso relativo e calor local. Mas, assim, se ela me vem em 2 semanas. Aí eu já ultimamente já tenho passado Codeína, tenho ido pra coisas mais, mais, um pouquinho mais agressivas. (Pr1-médico)

[...] Por exemplo, paciente idoso, diabético, hipertenso...não usa...não uso anti-inflamatório. Acaba restringindo um pouquinho, assim. Tento usar...dependendo da intensidade da dor, usar opioide [...] em dose baixa, né? E analgésico

comum. A maioria dos pacientes tem uma certa resistência, assim, né? Ou já vem usando, às vezes, anti-inflamatório, por conta, a longo prazo. Daí tem que desconstruir, assim. Dizer que não pode usar. Que afeta isso, aquilo. Então, esse é um porém, que eu acho que é o principal no cuidar. (Pr3-médico)

[...] Tem muitos que eu prescrevo Codeína, por exemplo. Que é uma medicação que não atrapalha os rins, né, que geralmente não dá muita hipotensão em idoso, e, a gente não precisa ter tanto medo de usar, assim, a Codeína. É melhor usar uma Codeína que uma Nimesulida para o resto da vida. (Pr4-médico)

Nas situações de “agudização” ou “momentos de crise”, quando as dores se intensificam os médicos das equipes de ESF costumam utilizar medicações que consideram mais potentes, como os anti-inflamatórios injetáveis (disponíveis nas farmácias das unidades de saúde):

[...] às vezes a gente tem que usar medicações mais fortes, também, né? Tem que medicar a pessoa. Quanto está com uma crise mais aguda, assim, tem medicação no Posto mesmo que é injetável, analgésico. E a gente tem que lançar mão disso. Não adianta. (Pr5- médico)

As terapias complementares não farmacológicas utilizadas para o alívio do quadro doloroso englobam medidas caseiras de fácil acesso e baixo custo como o uso de calor e chás. Outra medida não farmacológica bastante utilizada são os exercícios terapêuticos, principalmente alongamentos de fácil execução.

[...] Também como forma de alívio, principalmente, centrada na questão não medicamentosa, que seria quando a gente pensa na coluna é o calor, então a forma que a gente pode utilizar ou bolsa ou até uma garrafinha PET que a gente possa trabalhar o que a pessoa tem em casa para ela ir utilizando isso diariamente e ter essa resposta também à parte do exercício, para

ver a importância de cada orientação dentro do cuidado da dor. (Pr9- profissional de educação física)

[...] menospreza um simples calor, uma simples bolsinha de água quente. Mas começa a fazer e vê que tem resultado. Ou um alongamento bem simples, mas começa a fazer e vê que tem resultado, sabe? Então acho que tu elimina muito já a dor dos atendimentos só fazendo esse tipo de atendimento. (Pr10- fisioterapeuta)

[...] Eles ensinam bastante coisa sobre os chás, que eu tomava chá para dor, mas eu não tinha muito conhecimento. Da argila, quando que eu imaginava que argila era uma coisa boa e hoje eu consigo até passar para as outras pessoas. Vou passando em frente, ensinando... O gengibre, para mim eu conhecia que era para colocar no quentão e hoje eu aprendi que põe na comida, não fico sem, aprendi a fazer emplastro. (P28- pessoa com DLC)

As práticas integrativas e complementares (PICs) são reconhecidas como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). E foram incorporados no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. (BRASIL, 2006). As PICs têm sido incorporadas no cuidado das pessoas com DLC, como uma alternativa terapêutica para o alívio da dor. As modalidades mais utilizadas são a acupuntura e a auriculoterapia:

[...] E, hoje mesmo, foi uma experiência, assim eu estou muito empolgada! O paciente veio com uma dor é, na verdade, a dor dele era lombar e cervical, crônicas também há anos. E ele disse que piorou quando ele pegou um peso aí, outro dia. Eu falei: - Ah. Mediquei, tudo, aquela coisa. Eu falei: - Ah, eu estou com tempo, você quer fazer a sessão de

acupuntura? Encaminhei para o grupo do Rodrigo. E aí a gente fez. E ele estava com uma nota 6 de dor e saiu com nota 0, assim. (Pr1-médico)

[...] Tens resultados bons porque as profissionais são boas. A acupuntura é a mesma coisa. A profissional é competente. O resultado aparece. E as próprias pessoas, umas falam para as outras também, né? Então, o próprio paciente que fez, fica satisfeito e também as outras pessoas aceitam a ideia, porque já tem uma fama boa. (Pr5-médico)

6.2.5.4 Estratégias Educativas para o cuidado da DLC

As estratégias educativas constituem um recurso importante na capacitação das pessoas para o enfrentamento das situações que podem vulnerabilizar a saúde. Na AB essas estratégias devem ser pautadas no referencial de educação popular em saúde, que propõe um processo de aprendizagem mútua através das relações entre equipes e usuários e valoriza crenças, valores e percepções do mundo no processo de construção do aprendizado (ALVES; AERTS, 2011).

As estratégias educativas estão presentes em diversas ações dos profissionais de saúde e geralmente são combinadas com outras estratégias. No cuidado da DLC essas estratégias foram observadas e relatadas nas atividades de acolhimento, consultas e interconsultas e, principalmente, nas atividades dos grupos de autocuidado e prática de AF:

[...] Às vezes a gente fala alguma coisa da atividade física como a gente aprendeu que quem sabe para aquela pessoa seria bom. Alguns tipos de alongamento, devagarinho [...] tem alguns tipos de alongamento que tu faz sentada aí é bom, então [...] é que eu participei um pouco desse grupo de dores e foi muito bom pra mim. (Pr18-agente de saúde)

[...]No sentido de entender melhor porque que elas tem aquela dor. Por que, às vezes, a forma de dormir está interferindo muito. Às vezes, ah, meio que olha atravessado quanto tu falas assim: “Mas

se a senhora começar a dormir dessa forma, a senhora vai ver.” E aí eles veem. Testam e vê que dá diferença mesmo. (Pr10-fisioterapeuta)

[...] naquela roda de conversa inicial de 15 minutos, a gente entrega os folderes, a gente vai trabalhando aos pouquinhos. Como fazer um alongamento, como fazer um aquecimento [...]. (Pr8-profissional de educação física)

Nos casos de DLC as estratégias educativas focam na conscientização do usuário sobre o autocuidado e sua percepção sobre a dor. O objetivo dos profissionais, além de prestar assistência ao usuário, é garantir que este usuário utilize as ferramentas e os métodos terapêuticos, adequando-os no seu dia a dia conforme a sua realidade. Para isso é necessário que se busque uma mudança no estilo de vida, priorizando a saúde em busca de uma melhor qualidade de vida, mesmo convivendo com DLC:

[...] de que é uma dor constante e ela vai ter que cuidar sempre. Não só na hora que estiver na crise de dor. Então, de sensibilizar eles, principalmente, para o autocuidado e para que eles tenham uma atividade física regular na vida deles. (Pr7-profissional de educação física)

[...] tentando trazer a ideia de que elas são ponto fundamental para o tratamento, porque o tratamento não vai ser efetivo a longo prazo se a gente não trabalhar essas questões na verdade. (Pr9-profissional de educação física)

[...] isso eu deixo bem claro. “Mas isso vai depender do senhor, ou da senhora também de se ajudar, porque não existe milagre aqui” [...] é isso que a gente procura mais, essa conscientização. Porque eu acho que é isso que falta um pouco, sabe? Bastante. (Pr10- fisioterapeuta)

Embora alguns profissionais tenham se aproximado dos princípios da educação popular, priorizando uma relação dialógica e

considerando os “saberes do outro” em suas práticas educativas, outros profissionais ainda trabalham impondo seus conhecimentos através de relações verticalizadas, que dificultam a transformação dos usuários em sujeitos ativos no seu cuidado:

[...] Eu “ensino” fazer os exercícios, tento ver sempre essa questão do que faz e do que não faz, como dorme, o colchão, atividade física [...] Porque as minhas orientações, pelo menos, de alongamento, de trocar o colchão e aí eu anoto ali e pergunto: como está? Trocou o colchão? Então tem alguns assim que "realmente eu troquei o colchão, estou fazendo isso, estou fazendo aquilo, estou conseguindo". Sempre pergunto sobre o colchão, aqui é uma região muito pobre, às vezes, eles usam colchões que já foi ganho e que eles já têm há quinze anos aquele colchão que já deve estar pra lá de [...]. Tento explicar a importância de ter um bom colchão, porque não adianta. Você pode fazer o que você quiser, se você dormir em um colchão arrombado já era [...] vai ter dor nas costas eternamente. (Pr6-médico)

Tem um momento do grupo que tem uma dinâmica. Você ouvir o paciente, ouvir a sua queixa e você inserir ele nesse contexto da saúde, onde que ele está localizado dentro desse contexto, assim, se tem dor, o que a gente pode oferecer. O que a gente pode fazer junto [...] (Pr12- fisioterapeuta)

6.2.5.5 Revelando Estratégias de Gestão para o Cuidado

As estratégias para a Gestão do Cuidado compreendem os instrumentos e processos utilizados para o gerenciamento, tais como: organizar as práticas e fluxos de cuidado, acompanhar e monitorar casos e/ou avaliar as ações.

Matriciamento

O matriciamento com profissionais do NASF é uma das principais ferramentas utilizadas pelas equipes da ESF nos casos de DLC, principalmente naqueles onde a dor e a incapacidade são mais severas:

Uma vez por mês a gente tem um tempo, assim, amparado na nossa reunião de equipe. Aí eu levo a minha pastinha dos encaminhamentos e a gente discute. A gente viu que, às vezes, é muito caso. Que a gente encaminha muito. Então, a gente está tentando filtrar para nesse momento a gente discutir os casos mais graves, mais complexos. (P1-médico)

Na maioria dos casos as equipes de ESF fazem matriciamento com o fisioterapeuta, por considerarem o mesmo um especialista nos casos de DLC, com maior conhecimento sobre essa condição, e pelo fato deste profissional desenvolver atividades específicas para pessoas com Dor Crônica, tanto dentro das Unidades, como nas Policlínicas de Saúde:

Se nós atendermos esse paciente e a gente quer encaminhar, acha interessante encaminhar para o físico, aí a gente tem essa tabela que insere esse paciente, faz o encaminhamento e aí eu vou conversar com ele no dia do matriciamento. Então, aí nesse horário de matriciamento a gente vai discutir o caso. "Eu atendi essa paciente tal, com uma dor lombar, que tá prejudicando atividades da vida diária", aí a gente passa, se pode atender, o que ele acha...por que ele tem o grupo de coluna também né? Então aí eles falam: - "Oh, esse paciente é legal para trabalhar em grupo", "não, esse paciente eu preciso fazer uma avaliação individual". Até para ver se de repente vai precisar fazer sessões de fisioterapia individual, aí tem essa avaliação deles também. (Pr15-enfermeiro)

Os profissionais entrevistados relatam que o processo de matriciamento é feito de diferentes formas nas unidades. Enquanto em algumas unidades existem horários estipulados para a discussão de casos entre os profissionais e o especialista, em outras, os casos são discutidos ou simplesmente “repassados” de maneira informal:

Porque é um horário que a gente não tem paciente agendado, a nossa agenda está fechada para discutir isso. Isso está funcionando bem na minha equipe. Mas no restante do posto como que ainda funciona? Encaminhamento de papel. O profissional, o médico, enfermeiro, faz o encaminhamento e entrega para o profissional. (P15-enfermeiro)

Na visão dos fisioterapeutas, o matriciamento com algumas equipes ainda não é realizado da forma preconizada na AB, onde o profissional do NASF apoia e orienta a equipe de ESF, construindo com a mesma o plano de cuidados para as pessoas com DLC. Em algumas situações os casos são apenas “encaminhados para o fisioterapeuta, transferindo a responsabilidade do cuidado para esse profissional”.

Tem equipes que discutem repassando. Mais repassando do que discutem assim. Porque às vezes ele "discute", mas ele não quer ver a sua opinião ali, ele quer que você atenda o paciente. Por exemplo, eu penso que ele deveria ser assim: - Uma paciente que tem não sei quantos anos, trabalha com isso e isso e está queixando de dor lombar. Que tipo de abordagem você acha que eu poderia fazer? Não, ele fala assim: - Dor lombar. Que tipo de abordagem você poderia fazer com ele? (Pr12-fisioterapeuta)

Sistemas eletrônicos de informação

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação em Saúde - SIS para articular as informações dos serviços prestados no SUS. Além do SIS, o município de Florianópolis também possui um sistema informatizado, o INFOSAÚDE, utilizado para integrar informações dos serviços em saúde prestados na rede municipal. Os

profissionais relatam as vantagens da utilização do sistema, principalmente para o registro do prontuário eletrônico, que permite registrar todas as informações de saúde como: a evolução, solicitação e resultados de exames, medicamentos prescritos, consultas, encaminhamentos especializados e acompanhamento da assistência prestada ao usuário. Nos casos de DLC, também é possível acessar algumas orientações sobre exercícios e cuidados que foram produzidos pelos profissionais do NASF que podem ser utilizados por outros profissionais como referência para orientar as pessoas com DLC:

[...] A comunicação é pelo prontuário [prontuário eletrônico do INFOSAÚDE]. A gente fica sabendo o que o fisioterapeuta fez ou como é que foi o tratamento pelo registro do prontuário. (Pr5-médico)

[...] A gente coloca no prontuário, registra tudo que estão fazendo. – Ah, hoje eu caminhei tanto e me doeu não sei aonde. Eu vou lá, registro no prontuário, né? Tudo que deu de diferente. (Pr8-profissional de educação física)

[...] normalmente, o Info ajuda bastante. Porque o Info já tem uma ajuda de alongamento, de postura. [...] dentro do informativo, tem as orientações de fisioterapia: postura de costas, postura de coluna, alongamento de coluna e alongamento de membros. Com as fotinhos. Então, assim, essas dicas e cuidados com a sua postura, ele não era assim. Agora ele já está menorzinho para poder fazer um folderzinho. (Pr2-médico)

Algumas fragilidades desta estratégia também foram apontadas, como o comprometimento dos profissionais em alimentar o sistema, registrando adequadamente as informações e utilizando os registros como acompanhamento. Além disso, esse sistema não está integrado com serviços prestados fora da rede municipal como os hospitais, dificultando a continuidade do cuidado e produzindo multiplicidade de condutas e encaminhamentos:

[...] não, não esse querido info que tem seus defeitos, mas é bom, ele é só da prefeitura, não

tem nos hospitais. Um paciente nosso que eu encaminho para um cardiologista, ele vai fazer a consulta com o cardiologista no Regional, por exemplo, que tem o Instituto de Cardiologia ou no Caridade, o cara vai pedir todos os exames de novo. (Pr6-médico)

[...] não necessariamente que todos os pacientes eu vou conseguir fazer o relatoriozinho ali e dar para o médico, mas tudo está ali no Info. Então se ele [o médico da unidade de saúde] está vendo que está sendo atendido [...] (Pr10-fisioterapeuta)

6.2.6 Categoria: Organizando o serviço e estabelecendo o cuidado

Nessa categoria são abordadas as categorias que descrevem: as formas de acesso, os fluxos de cuidado dentro da Atenção Básica, e os fluxos de encaminhamentos para os outros níveis de atenção.

6.2.6.1 Conhecendo as formas de acesso aos serviços da Atenção Básica

O acesso inicial aos serviços pode ser feito através das ações de acolhimento realizadas pelos profissionais da Atenção Básica. No entanto, na maioria das unidades as formas de acesso mais relatadas pelos participantes do estudo são: através das ações de acolhimento realizadas pelos profissionais da ESF, e pela participação nas atividades em grupo promovidas pelas unidades.

A principal forma de acesso acontece através das ações de acolhimento realizadas por agentes de saúde, enfermeiros e médicos das equipes de ESF. As pessoas com queixas de DLC, identificadas pelos profissionais das equipes de ESF, costumam ser direcionadas para as “consultas médicas”, pois este profissional é reconhecido pela equipe pela sua capacidade de diagnóstico (identificação da causa de DLC) e por ser o único habilitado para prescrição de medicamentos. No entanto, embora menos frequente, em algumas equipes de ESF, o acesso inicial ao cuidado também acontece através das consultas de enfermagem:

[...] Quando tem paciente com dor lombar, eu peço para que ele venha no acolhimento com a médica da equipe. A médica da equipe vai então orientar [...] (Pr17-agente de saúde)

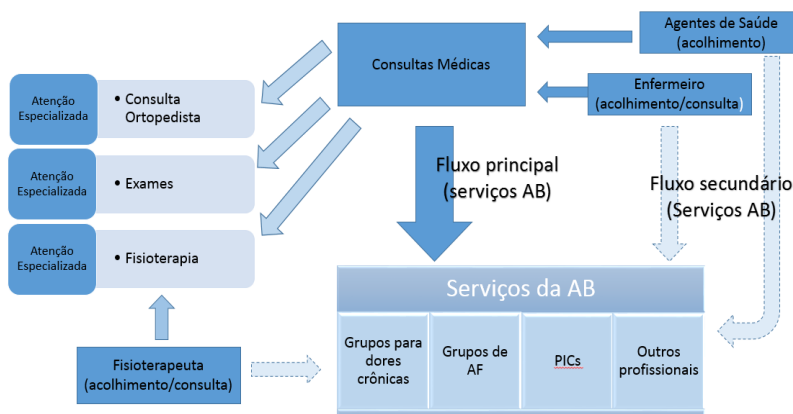
Outra forma de acesso menos frequente (mas em ascensão) ocorre através da busca espontânea aos grupos para dores na coluna e/ou atividade física. O acesso através dos grupos costuma ocorrer quando as pessoas são informadas da existência desses serviços ou quando são estimulados por outros usuários com as mesmas queixas que já participam das atividades em grupo. No entanto, ressalta-se que a maioria das pessoas que acessam o cuidado pelos grupos, também já realizou consultas médicas e/ou de enfermagem em situações anteriores, por causa da DLC.

6.2.6.2 Estabelecendo os serviços e o fluxo de cuidados na Atenção Básica

Os principais serviços disponibilizados na AB para as pessoas com DLC são: consultas médicas, Grupos de autocuidado; os grupos de atividade Física (AF); serviços (consultas ou grupos) que utilizam práticas integrativas complementares (PICs), e consultas com profissionais do NASF.

Embora a dinâmica de acolhimentos da AB favoreça diferentes configurações de fluxos de serviços, a centralização do cuidado no profissional médico ainda prevalece na maioria das unidades, fazendo com que este profissional seja o principal responsável por encaminhar os usuários para os diferentes serviços da atenção Básica e também para outros níveis de atenção. O principal fluxo de encaminhamentos evidenciado nos relatos dos participantes está apresentado na figura 14.

Figura 14 - Fluxo de encaminhamentos dos serviços para as pessoas com Dor Lombar Crônica.



Fonte: Elaborado pelo autor

O fluxo de encaminhamentos (médicos e de outros profissionais) ocorre principalmente às consultas médicas e aos grupos de dores crônicas, este considerado atualmente o principal serviço disponibilizados pela AB para pessoas com DLC. Implementados para atender as demandas de usuários com dores crônicas, são reconhecidos pelos profissionais como espaços tanto para promoção e educação em saúde (orientações), como para o cuidado (exercícios). A maioria dos usuários é também encaminhada para esses grupos, pois nos mesmos ocorre a triagem dos usuários que têm indicação para o serviço de fisioterapia nas policlínicas (atenção especializada).

[...] A maior parte dos meus pacientes, eu encaminho para os grupos [refere-se ao grupo de atividade física e grupos para dores crônicas] [...] mas os que têm mais dores, mais queixas, eu também encaminho para o grupo de postura...de fisioterapia, né? E para avaliação, na verdade [...] e para eles darem as orientações. (Pr4-médico)

Muitas pessoas com queixas de dor na região lombar também são encaminhadas para os grupos de AF promovidos em cada unidade e

alguns participam simultaneamente dos dois grupos (AF e dores crônicas). As pessoas que participam inicialmente dos grupos de dores crônicas também costumam ser encaminhadas para praticarem atividade física nos grupos de AF das unidades, após receberem alta.

[...] Mas, geralmente, quando eu mando para o grupo de avaliação da fisio, eu mando, também, para o grupo de atividade física. (P4-médico)

Se é uma pessoa que é aposentada, ou que tem tempo, daí a gente indica mesmo. Porque tem um grupo de atividade física da Unidade aqui. Que é a Cibele orienta. Então, esse, esse é o ideal. Porque é um acompanhamento e tudo. Mas se a pessoa não tem essa disponibilidade, é um trabalhador, aí vai ser o que a pessoa quiser. (Pr5-médico).

[...] a vazão, assim, que está sempre tendo para esses casos é o grupo de atividade física (o grupo de alongamento e relaxamento). A gente encaminha para esse grupo esses casos que têm condições de continuar com acompanhamento com o profissional de educação física. (Pr10-fisioterapeuta)

[...] a gente recomenda que depois [quando acabam as sessões dos grupos de autocuidado] eles continuem fazendo os exercícios que foram orientados aqui, em casa. E que eles busquem uma atividade física regular. E aí é oferecido os grupos que existem já na unidade como uma opção de atividade física regular para eles. (Pr7-profissional de educação física)

Os profissionais não utilizam protocolos para realizar os encaminhamentos para os grupos citados. No entanto, embora cada profissional possa adotar seus próprios critérios para elencar quais casos devam ser encaminhados para determinada modalidade, percebe-se que de maneira geral: os casos de dores com poucas limitações funcionais ou sem causas específicas (e/ou quando associados com excesso de peso e sedentarismo) são frequentemente direcionados para os grupos de AF. Já os casos com lesões estabelecidas por diagnóstico de imagem ou com

grande comprometimento funcional costumam ser direcionados para os grupos de dores crônicas:

[...] Eu encaminho para grupo de Atividade Física quando é o perfil de um paciente mais sedentário, que daí é diabético, hipertenso, tem uma dor, mas não é uma queixa tão importante. Aquela dor crônica, que não diminui tanto a funcionalidade, né? [...] É quem tende a melhorar com a atividade física em geral, mesmo, né? Que precisa perder peso, e tudo mais. (Pr3-médico)

A maioria das unidades também procura ofertar terapias complementares (principalmente acupuntura), constituindo mais uma modalidade para encaminhamento de pessoas com DLC. Embora a utilização das PICs tenha crescido bastante nos últimos anos, principalmente com a capacitação de muitos profissionais da AB, a capacidade de oferta do serviço ainda é pequena, limitando os encaminhamentos:

[...] Outro profissional que eu encaminho bastante os pacientes com dor lombar crônica é a enfermeira F, que é acupunturista. (Pr1-médico)

[...] Estou fazendo o curso de acupuntura, mas ainda não sei como que vai ser (refere-se aos atendimentos de acupuntura) e se se encaixa, por exemplo, em um quadro de lombalgia crônica [...] a gente não sabe se vai conseguir, né? Atender essa demanda. Porque tem todo o restante da demanda de pessoas que não vai conseguir lidar com uma dor. (Pr3-médico)

[...] Como a acupuntura, por exemplo, seria uma alternativa, né? Seria mais uma alternativa para esses pacientes. Mas a gente não tem na nossa unidade ainda. Não tem nenhum local que eu possa referenciar. (Pr10-fisioterapeuta)

Em situações ocasionais (e não muito frequentes), alguns casos são encaminhados para consulta com profissionais do NASF, tais como:

nutricionista, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Mas não constituem serviços estabelecidos dentro do fluxo de encaminhamentos, sendo uma alternativa utilizada esporadicamente.

[...] Quando a pessoa tem sintoma depressivo, também já encaminhei para o psiquiatra, até! E também para o psicólogo. Porque, às vezes, a pessoa toma milhares de remédios e nenhum funciona, né? (Pr4-médico)

[...] Já precisei encaminhar para a nutricionista e para a psicóloga. Porque às vezes a pessoa precisa perder peso, né, para melhorar da dor. (Pr5-médico)

[...] Alguns casos de dor crônica que tem que a gente fica sem saber mais como manejar, por causa desse componente emocional, a gente pede avaliação da psiquiatra para ver se alguma medicação pode ajudar ou, geralmente, essas pessoas já tomam antidepressivo, mas não melhoram nunca. (Pr6-médico)

6.2.6.3 Estabelecendo o fluxo de encaminhamentos para outros níveis de atenção

Os principais serviços referenciados pelos profissionais da AB nos casos de DLC são: exames de diagnóstico por imagem, ortopedia e fisioterapia. Outros serviços da rede são referenciados (em situações esporádicas) quando há a necessidade de confirmação de diagnóstico diferencial, como nos casos de suspeita de doença oncológica e doença renal.

A solicitação de exames para diagnóstico por imagem e os encaminhamentos para o serviço de ortopedia na policlínica são realizados geralmente pelos médicos da ESF. Em relação aos exames, percebe-se nos relatos destes profissionais a preocupação em evitar o uso desnecessário desse serviço, procurando solicitar parcimoniosamente exames como: radiografias, ultrassonografias, tomografias e ressonâncias; e utilizando esse serviço principalmente nos

casos onde os usuários não têm a causa da dor diagnosticada ou quando não melhoram com a conduta terapêutica proposta:

[...] A pessoa, por exemplo, que tem algum sinal, assim, de alarme, né? Daí, eu já inicio a investigação. [...] Se a pessoa não está melhorando ou tendo uma boa resposta com o anti-inflamatório, dentro da possibilidade dela, não está tendo resultado, daí eu peço um exame complementar. (Pr3-médico)

Embora a maioria dos profissionais médicos compreenda que nem sempre a DLC tenha relação direta com os achados em exames por imagem, os encaminhamentos para realização de exames ainda são bastante frequentes, como observado nos relatos das pessoas com DLC:

[...] O médico daqui deste posto que disse que o meu problema não era só uma dorzinha qualquer, que tinha outro problema além disso. Ele pediu, não pediu para mim, ele marcou uma consulta para fazer aquele exame da ressonância. (P29-pessoa com DLC)

[...] agora o doutor pediu para eu fazer o exame da lombar, pra ver se não tem problema de [...] Que eu já fiz da outra vez, não deu problema nenhum nas costas. Já fiz da outra vez que eu estava ruim também, ele pediu pra fazer uma radiografia da coluna. Não deu nada. Aí agora ele pediu da lombar. (P25-pessoa com DLC)

Os profissionais médicos da ESF são considerados pelas equipes como os principais responsáveis pelo diagnóstico clínico e pela regulação dos casos para profissionais médicos em outros níveis de atenção. Como a lógica “dor =lesão” ainda é fortemente utilizada por esses profissionais, o raciocínio diagnóstico costuma ser centrado nas causas mecânicas degenerativas o que implica na necessidade de exames para confirmação diagnóstica:

[...] eu só costumo encaminhar quando se tem o diagnóstico. Se é alguma alteração estrutural [identificada nos exames de imagem] que pode

estar associada, e eu já investiguei, já encaminhado, e justifico porque que eu estou encaminhando. (Pr3-médico)

[...] Eu não costumo pedir Raio-x pra todo mundo, especialmente para aqueles que eu já vejo que é contratura muscular clara. Mas se tiver alteração radiográfica que sugira uma espondilolistese, alguma coisa desse tipo, eu costumo encaminhar para o especialista. (Pr1-médico)

Além da solicitação de exames, os médicos da ESF também encaminham com certa frequência casos de DLC para os ortopedistas da policlínica. De acordo com os profissionais entrevistados não existem protocolos e critérios definidos e cada profissional tem sua conduta. Mas através das entrevistas, percebe-se que os mesmos utilizam critérios semelhantes para encaminhar para esse serviço. Entre os critérios destacam-se: sinais de compressão radicular, exames que apontem alterações estruturais importantes e/ou que sejam casos de indicação cirúrgica, e casos que não respondam aos tratamentos realizados na ABS:

[...] Isso é bem da conduta de cada profissional, né? Varia bastante entre nós, aqui. Na prática, a gente vê que varia bastante a indicação de encaminhamento, né? Não tem nenhuma regra, assim. Nenhum protocolo tão específico. Eu pessoalmente costumo encaminhar para a dor lombar crônica que não melhora com anti-inflamatório, com as medidas habituais, né? Ou é uma dor mais que tem algum sinal, assim, de alarme, né? [...] Para ortopedia, sinceramente, eu encaminhado, eu costumo encaminhar mais os paciente que podem ter indicação cirúrgica mesmo. (Pr3-médico)

[...] Então, dependendo caso, eu tenho que mandar pro ortopedista, né? Para ver se há possibilidade cirúrgica, enfim [...]. (Pr4-médico)

Os casos citados são encaminhados para os ortopedistas nas Policlínicas, pois os médicos da ESF acreditam que, nestas situações, estes especialistas têm melhores condições de lidar com estes casos, pois possuem conhecimentos específicos sobre alterações mecânicas degenerativas na coluna lombar e podem lançar mão de opções terapêuticas mais eficazes, tais como: medicações e cirurgias:

[...] Eu tenho pacientes que o exame de ressonância é uma catástrofe. Então, eu mando para o ortopedista, porque ele tem uma visão, um olhar mais aguçado, né? Para tentar ver o que é o melhor, para o paciente, assim. Às vezes tem uma medicação que é mais potente, enfim [...] (Pr4-médico)

A fisioterapia constitui o terceiro pilar da tríade de serviços da média complexidade que é frequentemente referenciada nos casos de DLC. Os fisioterapeutas que atuam na ABS são os responsáveis pela regulação de todos os casos com indicação para tratamento fisioterapêutico e por isso, coordenam o fluxo destes encaminhamentos para o serviço de Fisioterapia das Policlínicas.

Na compreensão dos fisioterapeutas, a maioria dos casos de DLC podem ser cuidados pelos profissionais da AB, e apenas poucos casos têm indicação para o serviço especializado. Nesse sentido, estes profissionais divulgam e conscientizam os demais profissionais da AB sobre o sistema de classificação de prioridades utilizados para encaminhamentos. Esta ação tem refletido na conduta das equipes que, ao adotar os mesmos critérios e/ou direcionam os casos de DLC para que os fisioterapeutas façam a regulação, selecionam quais casos devem ser encaminhados para o serviço especializado:

Na proposta desse fluxo que o serviço de fisioterapia como um todo, que todo o paciente que pode ser resolvido na AP, através de grupo, que ele passe por ali, se na questão do grupo ele não tiver um bom resultado, aí sim, e vai ser inserido para a policlínica. Nós vemos cada vez mais nesse sentido a questão da atenção primária

ser um local mesmo de realmente estar com os pacientes com dor crônica, estar sempre podendo oferecer uma orientação, uma consulta individual, um trabalho de qualquer forma, uma discussão, sempre na atenção primária e a partir do momento em que esse paciente agudizou, ou alguma coisa que está mais incapacitante, daí sim a gente ter um recurso de atenção secundária para absorver isso. (Pr13-fisioterapeuta)

No entanto, para alguns profissionais o encaminhamento restrito de casos de DLC para o serviço especializado está fortemente relacionado com a alta demanda de encaminhamentos e pequena capacidade instalada, denominada pelos mesmos como “crise dos encaminhamentos”. Dessa forma, para eles, o encaminhamento restrito de casos não está atrelado à capacidade de resolução/cuidado que a AB oferece, e sim, na necessidade de reter a maioria dos casos, principalmente crônicos, como pessoas com queixas de DLC:

[...] Nunca encaminhei. Mas é porque a gente está vivendo uma crise do encaminhamento. Para fisioterapia especificamente. [...] Porque o tempo inteiro tá sendo pautado isso na equipe, no município como um todo [...]. Houve aquele contexto das clínicas que foram contratualizadas e agora acabou a inserção desses pacientes para aquelas clínicas, então houve um meio que refrear assim! Não encaminhar muito porque a gente sabe que não está tendo profissionais pra desaguar essa demanda toda [...] Em virtude disso, eu nunca encaminhei nenhum paciente com essa demanda (pessoas com DLC). (Pr12-fisioterapeuta)

6.2.7 Categoria: Revelando os fatores que interferem no cuidado

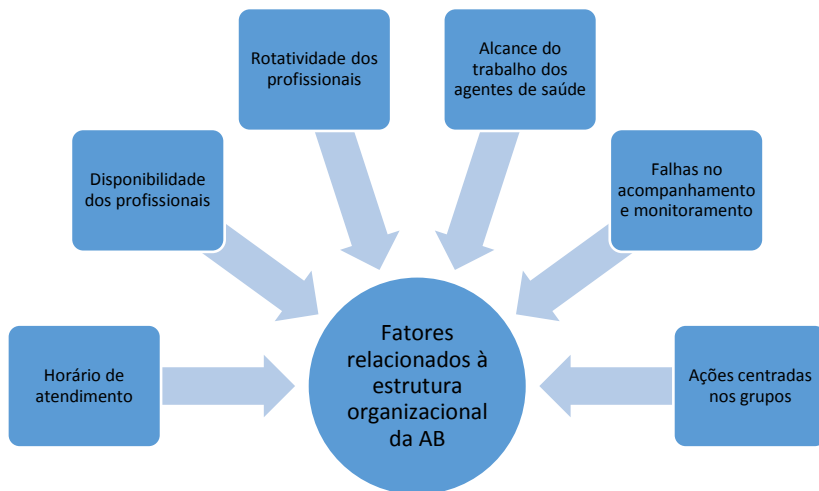
O cuidado também pode ser compreendido como um fenômeno multiderminado, pois além de receber influência das concepções e crenças e da interação entre profissionais de saúde e pessoas que buscam o cuidado, também sofre interferência de outros fatores relacionados ao processo de cuidar e das inter-relações dos sujeitos envolvidos com

diferentes contextos. Neste estudo, emergiram fatores relacionados com a estrutura organizacional da AB, a interação com outros pontos de atenção e serviços, e com outros setores, sendo os mesmos descritos nas subcategorias descritas a seguir.

6.2.7.1 Revelando fatores relacionados à estrutura e organização dos serviços da AB

Nessa categoria são abordados os fatores que interferem no cuidado e que estão relacionados aos serviços da AB, apresentados na figura 15. Um dos fatores que emergiram do estudo se refere às fragilidades para a efetivação do trabalho em equipe (falta de comunicação entre os profissionais, necessidade de discussão ou participação conjunta nas ações) que geram encaminhamentos desnecessários ou divergência de condutas (como já citado na subcategoria: reconhecendo os desafios para concretizar as ações de trabalho em equipe a falta de comunicação entre os profissionais). Outros fatores relacionados à estrutura organizacional da AB são descritos a seguir.

Figura 15 - Fatores que interferem no cuidado, relacionados à estrutura e organização dos serviços da AB.



Fonte: Elaborado pelo autor

O horário de atendimento das unidades de saúde é apontado pelos profissionais e usuários como um dos principais fatores que dificultam o cuidado das pessoas com DLC. As unidades de saúde disponibilizam seus serviços apenas no horário comercial (8 h às 12 h; e 13 h às 17 h), dificultando o acesso e a participação dos usuários trabalhadores (que constituem uma grande parcela das pessoas com DLC)

[...] Muitas vezes ele não vai ter o acesso para estar no grupo ou acesso logo pra fisioterapia, então eu acho que tem [...]. Não são poucas as pessoas que procuram, então acho que tem uma demanda reprimida nisso aí também. Pessoas que acabam não tendo acesso a outras formas de poder melhorar a dor ou aprender a conviver. (Pr16-enfermeiro)

[...] Ah, mas isso aí [refere-se aos grupos de atividade física] é em horário de trabalho, quem é

que vai sair em horário de trabalho pra fazer isso? Eu não posso sair! Em horário de trabalho. Se fosse depois do expediente, ninguém mais quer trabalhar depois do expediente. Isso aí só dá pra aposentado, porque pra pessoas que trabalham diariamente não têm condições de sair. Como é que eu vou sair do trabalho duas, três vezes por semana para fazer um exercício físico? (P22-pessoa com DLC)

De acordo com os profissionais de saúde entrevistados há um grande número de pessoas que procuram a ABS, mas em função da restrição de horários, nem todas acessam os serviços oferecidos pelas unidades, existindo uma demanda reprimida. Essas dificuldades distanciam os usuários da ABS e enfraquece as relações de vínculo entre o usuário e a Atenção Primária:

[...] Bem, em termos práticos, só se tivesse mais horários disponíveis, mesmo. Para esse tipo de prática, por exemplo: grupo de atividades [...] de atividade física orientada, né? É tudo em horário comercial. Isso, lógico que impossibilita, dificulta que alguns pacientes frequentem. (Pr3-médico)

[...] Para quem trabalha, o horário do centro de saúde é uma barreira, porque o horário do centro de saúde é o horário de todo trabalhador basicamente, então a gente não consegue muitas vezes, pegar o trabalhador. (Pr9-profissional de educação física)

A disponibilidade dos profissionais para participar no cuidado às pessoas com DLC foi identificado como outro fator interveniente. Tanto os profissionais das equipes de ESF quanto das equipes NASF relatam que precisam dispor de muitas horas semanais para lidar com uma grande demanda de atividades envolvendo consultas, acolhimento e atendimentos de urgência. Dessa forma, os profissionais dispõem de pouco tempo para participar dos grupos e outras atividades:

[...] E nem sempre a gente consegue liberação para participar dos grupos, assim, né? Eu ter participado do grupo de hábitos saudáveis já foi [...]. Porque eram 4 semanas [...] e eu ficava com

uma tarde sem paciente. Aí rola uma pressão, assim, para gente atender mais e mais e mais. (Pr4-médico)

[...] Talvez sim, a gente tinha que ter uma visão mais ampliada e participar desses outros processos. Mas é como eu te falei, a gente tem uma demanda grande. Inúmeras funções assim, sabe? (Pr14-enfermeiro)

Os profissionais do NASF ainda dividem sua carga horária em várias unidades, tendo pouco tempo disponível em cada unidade. Esse formato de trabalho dificulta a participação e interação com as equipes para construção conjunta do cuidado das pessoas com DLC, como descrito nos relatos abaixo:

[...] O que estava acontecendo aqui comigo é que mesmo eu vindo uma vez por semana pra cá, eu dedicava uma vez por semana para fazer consulta individual com os pacientes que são de mais urgência, todos aqueles casos que precisam de consulta individual, uma semana era só dedicada para isso. A outra semana ficava para atender matriciamento, tinha uma terça-feira que tinha reunião com os fisioterapeutas, tinha uma terça-feira que ficava meio flexível e a outra terça-feira para o grupo de orientação e a outra para o grupo de exercício [...] um mês pra mim voa, mas para os pacientes, não. (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Os profissionais do NASF pouco conseguem fazer, porque são, tem poucos horários aqui com a gente, tem poucos momentos com a equipe. Então como eles têm uma demanda muito grande, eles estão abarrotados de atendimento individual e podem nos dar pouco suporte, pouco momento de discussão, de capacitação ou de orientação de como lidar, de dar dicas. Isso a gente não tem, isso é bem falho assim. É bem falho. (Pr15-enfermeiro)

[...] A nossa demanda é muito grande, né? Então, a gente acaba [...] ah, não teria como deixar um horário de matriciamento para cada equipe. Então,

às vezes, eu vou na reunião de equipe. Se não, é no corredor, ou, enquanto a gente lancha, quando faltou um paciente de um e de outro. (Pr8-profissional de educação física)

A alta rotatividade de profissionais é caracterizada pela constante saída (exoneração) de profissionais ou mudança de local (equipes e/ou unidades de saúde), e é considerada pelos profissionais e pessoas com DLC como algo que interfere na qualidade do cuidado. A alta rotatividade (principalmente dos médicos das equipes de ESF) dificulta a continuidade do trabalho construído pelas equipes, uma vez que a chegada de um novo profissional implica em tempo para que o mesmo se adapte e assimile as rotinas, conheça seu território e a população e construa relação de vínculo com as equipes e com os usuários:

[...] Tem realmente uma dificuldade de comunicação pela rotatividade dos profissionais do NASF, pela rotatividade dos profissionais médicos, é muito difícil a gente conseguir fazer com que eles tenham um domínio bem certinho desse fluxo assim. (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Se eu for contar nesses últimos dois anos desde que a gente começou assim, se eu te contar quantos médicos passaram por nossas equipes, foi muito médico! Então é difícil isso e, tem que entender que uma coisa é a gente ir lá e construir um trabalho, fazer a capacitação e está ficando legalzinho, e vai lá "pum", muda o médico, não que desconstrói tudo, mas a gente tem que falar [...] tudo é um aprendizado sabe, e ele vai precisar aprender o que a gente está fazendo [...]. (Pr13-fisioterapeuta)

[...] o sistema de saúde troca médico de cada seis meses. Então quando eu fiz orientação com uma pessoa, que ela me passou, quando eu fui levar já o exame para mostrar, que eu levei muito tempo pra levar uns três, quatro meses pra levar raio X e já era um outro médico! Já era uma outra pessoa. Então ela se orientou perante ao que tinha a tela do computador. (P22-pessoa com DLC)

[...] Eu fiz (sessões de acupuntura) e daí eu fiquei dois meses sem sentir dor nenhuma! Eu nem lembrava que eu tinha coluna! Eu amei! Só que depois eu não consegui mais fazer, porque eles mudaram de médico, eles gostam muito de mudar de médico. Eles mudaram o médico do posto de novo, aí agora eu estou tomando só isso, só o paracetamol com codeína. (P24-pessoa com DLC)

A abrangência do trabalho das agentes de saúde no cadastramento e interação com as famílias vinculadas também se destacou neste estudo como um dos fatores que interferem no cuidado das pessoas com DLC, pois muitos usuários entrevistados relataram nunca ter tido contato ou visitas das agentes de saúde e desconhecem a função das mesmas, além do cadastro do “SUS”. A dificuldade em abranger toda população adscrita pode estar relacionada com a carência de profissionais em função da falta de reposição de agentes de saúde em áreas descobertas e as dificuldades de acesso a muitas residências:

[...] O que tem hoje em dia são muitas áreas descobertas porque faz muito tempo que não tem concurso para agente de saúde. E está acontecendo muito dos agentes de saúde se aposentarem, ou saírem ou estarem afastados por uma situação de saúde e não está sendo repostos. O que acontece é que, ou a área fica descoberta mesmo ou o agente de saúde, que é da área vizinha, tem que cobrir tudo e não consegue dar conta. Outra dificuldade que existe é o horário né, pode ser que ela já tenha batido nas casas e não tenha ninguém, porque elas cumprem a carga horária de 40 horas das 8 às 17 h(s) com intervalo de almoço. (Pr11-fisioterapeuta)

As equipes de ESF recebem diariamente um grande número de pessoas com uma variedade de queixas e condições de saúde. Além disso, embora a AB deva acolher todas as queixas dos usuários e ser resolutiva para a maioria dos casos, o Ministério da Saúde foca suas

ações em alguns programas prioritários (Saúde da Mulher, Hiperdia, Saúde Mental) e/ou em condições que considera prioritárias em função do risco de mortalidade. A DLC não é considerada uma condição prioritária, apesar do impacto econômico e social dessa condição, sendo foco da atenção de muitos profissionais de saúde da ABS. Somente o é nos momentos de crise ou “agudização” quando são considerados casos de urgência:

[...] A gente trabalha muito com o paciente agudo, a gente prioriza por causa da demanda enfim [...] quando a gente está com esse paciente que agudizou, ou a gente está com paciente com dor crônica agudizada, aí a gente vai lá e acaba intervindo e discutindo o caso com a equipe. Enquanto ele está como um paciente com dor crônica apenas, a gente acaba não tendo um plano pra ele. (Pr13-fisioterapeuta)

As pessoas com DLC relatam que muitos profissionais de saúde desconsideram a relevância de suas queixas de dor e a necessidade de buscar alternativas para melhorar sua qualidade de vida. Diante disso, passam a procurar a AB apenas nos “momentos de crise” quando consideram serem melhores atendidas, pois recebem atenção dos profissionais para o seu cuidado:

[...] Olha, no começo, eu sou bem sincera, no começo assim, eu fui muito, muito assim [...] não fui muito bem atendida, não fui [...] mas depois quando eu vim aqui com crise, eu fui muito bem atendida. (Pr26-pessoa com DLC)

[...] É, começou quando ela travou. Ela travou, aí eu vim aqui no posto (pausa), que eu estava travada, não conseguia me erguer. Aí eu fui atendida aqui no posto! (Pr23-pessoa com DLC)

[...] Eu acho que eles tinham que dar mais atenção, porque dor é dor né! Ninguém merece! Se tu vai lá, se eu vou lá no posto, eu estou com muita dor, se não eu não iria. Faço um chá, ponho um, é, eu tenho minhas garrafadas, passo nas

costas, compro uma pomada. Aí quando eu chego que eu vou pro posto, é porque eu não to conseguindo fazer ela parar, pelo menos diminuir. Então eu acho que eles tinham que levar em consideração que dor é dor. Não é uma dorzinha [...]. (P24-pessoa com DLC)

As falhas nas ações de acompanhamento e monitoramento para reavaliação das condutas e continuidade do cuidado também representam um fator que interfere no cuidado das pessoas com DLC. Embora sejam realizadas ações terapêuticas e de promoção de saúde, os profissionais reconhecem que não têm retorno dos usuários sobre os resultados do plano de cuidados propostos, ou só recebem informações sobre o feedback e participação dos mesmos em outras ações de cuidado, quando voltam a procurar o serviço (algumas vezes em função de outras queixas). A única forma de acompanhamento descrita foi o prontuário eletrônico que é utilizado por alguns profissionais quando novas consultas são realizadas

[...] Os pacientes que eu encaminhei, eles ainda não voltaram [...] Não, não deram retorno desse encaminhamento. Então, eu não sei te dizer qual que foi a resposta, porque até agora não recebi nenhum de volta. (Pr3-médico)

[...] Não. Não existe monitoramento. Pelo NASF não. No papel do NASF não! É porque nós estamos falando bem de dor lombar, e eu não percebo esse monitoramento, nem pelo NASF de pacientes encaminhados por dor lombar e nem pela Equipe de Saúde da Família. Acho que ninguém chama para reavaliar. (Pr12-fisioterapeuta)

As falhas no acompanhamento dos casos também são percebidas pelas pessoas com DLC ao relatarem que não são agendadas consultas de retorno, ou outras estratégias para reavaliação e acompanhamento, sentindo-se desamparadas quando possuem dúvidas ou as ações propostas não geram bons resultados, sendo esse um dos fatores que

leva à interrupção dos tratamentos propostos e/ou à busca por outras alternativas e serviços:

[...] Não! O acompanhamento assim? Não. Eu é que tomei iniciativa novamente de marcar uma consulta e pedir que me encaminhasse novamente para uma outra coisa e não houve! Não houve nenhuma [...] Não houve nenhum acompanhamento. (P22-pessoa com DLC)

[...] Não. Porque eles não marcam retorno. Eles só marcam retorno se a gente tiver que mostrar exames, senão eles não marcam retorno. A gente tem que vir de madrugada pegar fila. (P24-pessoa com DLC)

Outra falha no acompanhamento e monitoramento dos casos de pessoas com DLC foi observada na principal atividade proposta nas unidades para estas pessoas. Nos grupos de autocuidado, quando os indivíduos não comparecem ao primeiro encontro ou não aderem às atividades propostas, eles são “desligados”. Os profissionais que atuam nesses grupos reconhecem a baixa adesão como uma das dificuldades e a necessidade de implementar ações para investigar os motivos que impedem a participação das pessoas:

[...] Se ela justificar por que não veio e nos procurar para isso, ela pode estar compensando isso em um outro momento. Mas, se não houver justificativa, aí ela perde a vaga. (Pr7-profissional de educação física)

[...] E quando o paciente que vem nos grupos, mas aí ele veio em um ou dois encontros e não veio mais. E aí? Esse paciente também se perde, não tem nenhum controle disso. Ou se fizeram alguma coisa do que a gente ensinou e melhorou ou se não melhorou [...]. Não tem acompanhamento. Não tem. A gente pressupõe "ou ele melhorou ou a vaca foi para o brejo". Porque assim, se ele não voltou é porque está bem, ou então desistiu. (Pr12-fisioterapeuta)

Além das consultas, as demais ações propostas para a maioria dos casos de pessoas com DLC são atividades realizadas em grupos (autocuidado, AF, PICS). As ações centradas em atividades em grupos foram compreendidas como um dos fatores que interferem no cuidado, pois embora os profissionais de saúde reconheçam que nem todas as pessoas se adaptam às atividades coletivas, as opções ofertadas pela AB são restritas e direcionadas aos grupos:

[...] Tem gente que tem perfil para participar de grupo. Tem pessoas que gostam de participar do grupo, de conversar! Mas tem gente que não gosta mesmo. Tem gente que não gosta de atendimento coletivo! (Pr5-médico)

[...] Eu já tinha dito que já tinha participado desse grupo, mas ela (médica) disse que ela não tinha opção para me dar. A única opção que tinha era esse daí, terapia em grupo. Eu até fui chamada novamente. Só não fui praticar. (P23-pessoa com DLC)

6.2.7.2 Revelando fatores relacionados com outros pontos de atenção e serviços privados

Apesar de fazerem a regulação dos casos para outros serviços, as falhas relacionadas ao processo de referência e contrarreferência também interferem no cuidado das pessoas com DLC, interrompendo a continuidade do cuidado. Os profissionais relatam não ter interação com os profissionais da média e alta complexidade (exceto com os fisioterapeutas que também atuam na AB) e as pessoas encaminhadas para esses serviços não costumam ser contra referenciadas para AB, “perdendo” dessa forma o vínculo com as pessoas e desconhecendo os resultados destes encaminhamentos:

[...] Não, não [...] a gente não tem contato basicamente com esses especialistas apenas com o fisioterapeuta que ele faz parte da atenção básica. (Pr9-profissional de educação física)

[...] Os pacientes que eu encaminhei, eles ainda não voltaram [...] Não deram retorno desse encaminhamento. Então, eu não sei te dizer qual que foi a resposta, porque até agora não recebi nenhum de volta. (Pr3-médico)

[...] Então, como eu te falei antes, a gente tenta não encaminhar. Porque a gente sabe, isso é um dos pontos importantes que a gente tenta não encaminhar, porque quando a gente encaminha a gente perde esse paciente [...]. (Pr15-enfermeiro)

Na visão dos profissionais de saúde os profissionais da alta e média complexidade apenas mandam as pessoas procurarem as unidades de saúde para registrar solicitações de exames e/ou fisioterapia, mas desconhecem os recursos da AB que podem estar acessíveis para as pessoas com DLC, restringindo dessa forma as opções de cuidado:

[...] Eu vejo até assim, às vezes, tem pacientes que acabam indo na emergência hospitalar. E aí eles vêm com umas prescrições assim, podia estar sendo medicado com coisa que tem na unidade, com outras alternativas. Mas já vi assim, com umas medicações que, às vezes, tu nem conhece. E eles, alguns vão e compram e vem com aquela caixinha. E é caro! E às vezes acontece de vir, começa a tomar, aí continua a dor porque não é só aquilo que vai resolver. Aí além de passar no hospital vem para cá, passa no acolhimento, ele chega com a caixinha do remédio e, às vezes, tem que tomar medicação, de repente tem que fazer um anti-inflamatório, um mais específico, e o paciente fica com aquela caixa de medicação que não vai, comprou e acaba não usando. (Pr16-enfermeiro)

A utilização de serviços privados também é uma prática comum entre as pessoas com DLC, que buscam o cuidado no setor privado principalmente para a realização consultas médicas e exames de diagnóstico por imagem:

[...] Aí eu fui e paguei a consulta com essa Doutora. Ela mandou eu fazer o exame e aí ela

começou a fazer o tratamento, me dar medicação, me encaminhou para perícia [...] (P26-pessoa com DLC)

Em muitas situações, as pessoas iniciam o cuidado com profissionais fora de rede, mas em função dos custos, buscam os postos posteriormente para realização gratuita de determinados serviços, como realização de exames, consulta com especialistas e realização do tratamento fisioterapêutico, gerando grande demanda para essas ações de cuidado. Além disso, a busca por determinados serviços e não pelo cuidado ofertado pela AB, interfere na participação das pessoas em outras ações de cuidado e na vinculação dessas pessoas com as equipes e profissionais:

[...] E eu fui num ortopedista particular. Aí ele pediu uma ressonância. Como eu não tenho plano de saúde e eu não tenho condições, porque eu ganho menos de dois salários mínimos, eu fui no posto e pedi que me encaminhasse uma ressonância, eles falaram que não. Que pra eles me encaminharem na ressonância, eles tinham que me encaminhar pro ortopedista. Nunca me encaminharam pro ortopedista. (P22-pessoa com DLC)

[...] É que todos eles, na verdade, vêm com essa visão. Que é a visão que a gente tem do plano de saúde, a visão do particular, né? De tu fazer a consulta com o fisioterapeuta e, na consulta fazer os exercícios para o tratamento. (Pr4-médico)

6.2.7.3 Revelando fatores relacionados com outros setores

A intersetorialidade em saúde pode ser compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde, com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema, visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA; PAIM, 2002). Para efetivar o cuidado das pessoas com DLC é preciso considerar as inter-relações que o indivíduo faz com outros contextos, visto que os mesmos interferem no processo

de viver e cuidar-se. Na percepção dos profissionais de saúde setores como: ambiente de trabalho, previdência social e assistência social interferem no cuidado das pessoas com DLC:

[...] Então, quando você pega uma mãe de família que cuida de 5 filhos, o marido é alcóolatra. Ela tem que cuidar da casa dela, ela faz faxina, ela não estudou. Então, é adequar ela em outra função, é muito difícil. (Pr1-médico)

[...] Essa é uma das nossas maiores dificuldades mesmo, porque isso gera pressão para o paciente de que se ele não estiver a perícia prorrogada, ele vai ter que voltar a trabalhar e ele vai piorar e. na verdade, ele nem consegue melhor por conta da pressão em cima dele, é bem complicado. (Pr11-fisioterapeuta)

Os participantes do estudo associam a DLC com as exigências das funções desempenhadas no ambiente de trabalho, considerando as mesmas como fatores que agravam e/ou perpetuam a dor e a incapacidade. No entanto dependem economicamente de sua atividade profissional e precisam continuar trabalhando, sendo difícil aderir ao plano de cuidado proposto pela AB, procurando por ações de cuidado imediatistas, como as medicações, que permitam continuar suas funções e desempenho profissional:

[...] Não, eu só vim no grupo quando eu piorei porque [...] Eu estava no trabalho na experiência, aí eu não queria sair. Porque se eu saísse de lá, aí entrava outro, porque eles tratam a gente assim "Tá doente mas [...] Dá pra trabalhar". Para passar na experiência, né? (P21- pessoa com DLC)

Os profissionais de saúde se sentem limitados em suas ações, pois não conseguem interferir nos locais de trabalho para propor adaptações e estratégias que possam contribuir para o cuidado e prevenção de agravos. Além disso, relatam que apesar de oferecerem “declarações de comparecimento” para facilitar a adesão dos usuários trabalhadores nas ações de cuidado e promoção da saúde propostas pela AB, essa estratégia é pouco efetiva em função da inflexibilidade de alguns

empregadores e pelo receio dos trabalhadores em perderem seu emprego:

[...] E o que eu vejo, assim, para quem trabalha e, realmente, está com vontade ou está com vontade, mas precisa continuar trabalhando, é muito difícil. Porque a gente não tem oferta de outras coisas. Porque, às vezes, pra mim fazer, pra eu conseguir intervenção no trabalho da pessoa, é muito difícil. Eu, como médica, né? Posso sugerir, mas eu não posso fazer visita, ver como a pessoa trabalha [...] E, muitas vezes, a gente tenta, sei lá, pedir para o trabalho, ó: - Sugiro troca de função, quando a gente consegue fazer umnexo causal bem, bem certinha. Mas, às vezes, a gente sabe que as pessoas não têm, às vezes, possibilidade no trabalho, ou capacidade de fazer outra função. (Pr1-médico)

[...] A declaração não é obrigatório eles aceitarem. A declaração é assim: eu faço uma declaração de que tu teve aqui de manhã, pra tu entrega no teu trabalho. Eles vão dizer: - falta está justificada. Mas ou tu cumpre essas horas de novo, ou tu é descontada! Eles, eles têm isso. E como muito emprego, tu não tens como cumprir as horas depois [...]. Funciona das 8 às 5, tu trabalha das 8 às 5, não tem como fazer. É descontado. Tem muitos que são assim. (Pr2-médico)

As licenças médicas para afastamento do trabalho e a interação das pessoas com DLC com o setor previdência social, também constituem fatores que interferem no cuidado das pessoas, em função das exigências impostas por esse setor (exames, fisioterapia) que dificulta a relação dos usuários com a Atenção Primária, ocasionando um conflito de interesses entre as pessoas que julgam não estarem mais aptas para desempenharem suas funções e buscam no cuidado somente a atender as solicitações dos peritos médicos da previdência, para garantir a manutenção do afastamento; e entre os profissionais de saúde da AB que têm como objetivo ofertar um cuidado focado na promoção da saúde e na participação do indivíduo para o controle dos sintomas e melhor qualidade de vida:

[...] mas eles querem o exame de novo! Me deixam quase louca de ficar pedindo exame, não faz sentido isso. Sim, ele fica lá: "Mas eu preciso levar o exame recente lá" [...] Eu fico "papagaio", fica meio sem sentido isso. E negam né, se a pessoa não tem o exame e não movimentou um braço, eles negam a perícia. De coluna é a mesma coisa! (Pr6-médico)

[...] Essa é uma das nossas maiores dificuldades mesmo, porque isso gera pressão para o paciente de que se ele não estiver a perícia prorrogada ele vai ter que voltar a trabalhar e ele vai piorar e, na verdade, ele nem consegue melhor por conta da pressão em cima dele, é bem complicado. (Pr11-fisioterapeuta)

6.2.8 Categoria: Avaliando os resultados do cuidado

A principal motivação das pessoas para buscar o cuidado é o alívio da dor, pois a mesma interfere na capacidade de realizar suas funções e na sua qualidade de vida. A percepção dos resultados sobre o cuidado está intimamente relacionada com as crenças sobre saúde/cuidado/doença, gerando expectativas sobre o conjunto de ações envolvidas no processo de cuidar. Dessa forma, apresentam-se nessa categoria duas subcategorias que fornecem informações sobre as expectativas das pessoas com DLC, e as percepções dos participantes (profissionais e pessoas com DLC) sobre a efetividade das ações de cuidado para o controle dos sintomas e melhora na qualidade de vida.

6.2.8.1 Considerando as expectativas das pessoas com DLC sobre o cuidado

As pessoas com DLC esperam que os profissionais de saúde considerem a dor como uma queixa importante que interfere consideravelmente na vida diária e que os ajudem a encontrar um caminho para controlar os sintomas e melhorar sua qualidade de vida:

Ah, eu queria assim, que eles se imaginassem [...] se por no nosso lugar assim, não por um dia, ou por uma hora: mas por cinco minutos [...] no nosso lugar, só para eles verem o que é dor [...] para eles nunca dizerem assim: - Ah, essa dor você vai ter que conviver com ela, não tem cura! Por que eu já ouvi essa frase de um médico, sabe! Então eu queria que eles valorizassem a gente. Valorizasse as pessoas, o ser humano, todo mundo [...] por que se tem uma dor, a gente não dorme, não se alimenta. (P26-pessoa com DLC)

Não que eu seja acostumada, eu poderia ter mais qualidade de vida né? Agora eu vou falar sobre qualidade de vida. Eu acho que nós temos condições de melhorar, ter mais qualidade de vida. (P22-pessoa com DLC)

Diante das concepções e crenças que a DLC está necessariamente relacionada com uma lesão ou alteração estrutural, muitas pessoas buscam os profissionais de saúde para a identificação da causa e indicação de tratamentos que levem a remoção da mesma. Nesse sentido, a expectativa do cuidado é focada em exames para diagnóstico e em tratamentos individualizados:

Agora, a minha esperança, é essa médica dizer o que eu tenho, na verdade, né. Ela fez meus exames de sangue e de urina, daí ela mandou para a pesquisa, por que é reumatismo no sangue, também que deu [...] aí a minha esperança é agora ela achar uma solução para o meu problema, para as minhas dores! (P26-pessoa com DLC)

Bem que aqui agora eles não fazem específico pra uma [...] Tipo assim, chega aqui ó, tu tem nervo ciático, então vai fazer alongamento só pra ti. Eles tão fazendo pra todo mundo que tá no grupo. Tem uns que tem problema no braço, aí eles tão fazendo alongamento tudo. Mas eu queria ver se tinha um específico pra minha área, tipo assim ó "Tens que fazer isso que vai melhorar bastante". Alongamento pro meu caso. Bem como aqui é um

grupo é pra todo mundo. Tinha que, como tu diz, específico. (P25-pessoa com DLC)

As expectativas das pessoas sobre o cuidado da DLC também abrangem a compreensão da sua condição e a participação nas decisões sobre as estratégias para o cuidado. Além disso, esperam um cuidado contínuo com o acompanhamento dos profissionais e um plano de cuidados que ofereça um maior leque de opções terapêuticas (não se limitando aos medicamentos e algumas sessões de exercícios em grupo):

Olha, eu gostaria que tivesse uma orientação melhor, tivesse um médico melhor pra explicar, pra ajudar a gente. Porque eu venho com dor nas costas, tem gente que vem com dor na cabeça, tem gente que vem com dor [...] Todo mundo que chega com dor aqui só o que eles fazem é dizer essa frase "Ou tu tá com uma virose ou tu tá com uma dor muscular". (P24-pessoa com DLC)

Em nenhum momento aqui estou dizendo que o profissional não está fazendo o trabalho dele, só que eu acho que nós deveríamos ter um acompanhamento, além do grupo, dependendo da ocasião e da dor da pessoa [...]. "Hoje eu estou ótima, eu não sinto dor nenhuma porque o médico do posto de saúde disse que a qualidade de vida depende da sua agilidade". Não. Não depende da minha agilidade, depende também do que eu recebo, né? Do acompanhamento! (P22-pessoa com DLC)

Porque eu comecei a questionar assim, eles me davam o remédio, injeção pra dor na coluna, dor, dor, dor [...]. Aí eu falava assim: - Mas doutor, tem alguma coisa errada, como é que eu tomo remédio forte pra dor e eu fico com dor? (P27-pessoa com DLC)

6.2.8.2 *Conhecendo as percepções sobre os resultados do cuidado*

Essa subcategoria abrange as percepções das pessoas com DLC e dos profissionais de saúde da AB que atuam diretamente no cuidado. As percepções das pessoas com DLC estão focalizadas nas estratégias utilizadas para a resolução das queixas. Já as percepções dos profissionais abrangem principalmente os resultados sobre as principais estratégias ofertadas para alívio e o controle dos sintomas dolorosos.

Percepção das pessoas com DLC

O uso de medidas farmacológicas para o alívio da dor é relatado pelas pessoas com DLC como uma das principais estratégias de cuidado. Em relação à efetividade das medicações no alívio da dor, enquanto alguns usuários consideram que a mesma alivia temporariamente a condição dolorosa, outros relatam que, além de não produzir melhora considerável no alívio da dor, sofrem com os efeitos colaterais das medicações:

[...] Eu acho assim, que os medicamentos que eles dão, é sempre aqueles que, muito fraquinho né? Não tem um tratamento assim, que faça assim três meses, um tratamento sério, forte pra pessoa. (P27-pessoa com DLC)

[...] só que aquele remédio não está resolvendo a dor, está prejudicando o estômago, já senti que prejudicou dentro de mim, já senti bastante diferença no corpo, sabe, no meu organismo. Então esse remédio não está me ajudando a curar a minha coluna, e está me prejudicando. (P26-pessoa com DLC)

A realização de terapias integrativas, tais como acupuntura e auriculoterapia, são alternativas terapêuticas que produzem bons resultados para alguns usuários, principalmente no alívio da dor, quando os usuários têm boa aceitação em relação a este tipo de terapia:

[...] Com a acupuntura passei essa semana, passei quatro dias sem dor. Aí veio a piorar mais no sábado, eu estava dormindo e até hoje venho com dor. Mas agora, graças a Deus, já estou bem melhor. Estou vendo resultado. (P21-pessoa com DLC)

[...]A única coisa que eu vi que eu fiz com a Fatima, que no ano passado eu fiz direto com a Fatima, toda a semana, toda a quarta-feira, é a acupuntura. É a única coisa que eu vi que deu resultado, que eu consigo andar, que eu consigo depender de mim mesma, de fazer as minhas coisas, tomar meu banho [...] antes eu não conseguia colocar meus tênis, dependia das pessoas para lavar minha cabeça, hoje não, graças a Deus eu consigo, porque antes eu não conseguia. (P28-pessoa com DLC)

[...] Muito bom. O dia da psicóloga é na quarta-feira, a gente saía da reunião lá com a psicóloga e já ia lá pra sementinha. A enfermeira já estava lá esperando a turma pra por sementinha. [...] Ajuda. Ajuda a acalmar [...] Ajuda, tudo ajuda. (P27-pessoa com DLC)

As atividades em grupos são consideradas de grande valia pela maioria dos usuários por constituírem espaços onde podem discutir sobre a DLC e aprender formas de autocuidado (novos hábitos posturais, evitar movimentos que pioram a dor, medidas não farmacológicas). Alguns participantes consideraram que quando praticam os exercícios trabalhados nos grupos 3 (e em casa) percebem que os mesmos auxiliam no controle e alívio da dor:

[...] Eu estou gostando de tudo o que estão fazendo aí. Estou gostando! As palestras deles, eles conversarem, os conselhos. Eles estão conversando com a gente, eles estão ensinando a gente fazer os exercícios [...] estou gostando. Pra mim eu estou achando bom. (P21-pessoa com DLC)

[...] Tenho na minha residência, na minha casa, eu fui orientada a estar sempre com os pés, não diretamente, sempre no nível da cadeira. Que é um suporte pra colocar nos pés. Eu tenho no escritório onde eu trabalho. Eu faço, eu tenho. Tenho na minha casa. Procuo, fui orientada a como estender uma roupa, não carregar o peso daquele varal pesado de corda, procurar usar eles de chão [...] Como varrer a casa, varrer o local, de não se curvar, ficar mais retinha. Eu fui muito bem orientada pelos profissionais, não tenho nada a reclamar. (P22-pessoa com DLC)

[...] Quando estou com muita dor me acordo, vou lá faço os exercícios [...] Não faço muito, mas faço um pouquinho. (P25-pessoa com DLC)

No entanto, apesar das ações de cuidado propostas pela AB auxiliarem no alívio temporário da dor e contribuírem ao instrumentar as pessoas com DLC com algumas orientações sobre o autocuidado, na percepção de alguns participantes, essas ações não os auxiliam a recuperar sua capacidade para trabalhar e voltar às suas atividades diárias:

[...] A acupuntura eu fiz uma vez, não gostei. Não vim fazer mais. [...] Não, não gostei. A minha mulher também fez e não gostou também. (P25-pessoa com DLC)

[...] Olha o que pode me ajudar já me ajudaram no que podiam, não estou desfazendo o serviço de vocês, porque o que vocês fazem aqui realmente, vocês orientam bem a pessoa e prestam a atenção no que a pessoa faz [...] se não consegue não força e é isso que tento fazer em casa. Tentei fazer em casa não consegui, vim e expliquei: olha não estou conseguindo fazer isso aqui, estou tentando e não consigo. (P29-pessoa com DLC)

Percepção dos profissionais

Como citado na categoria anterior, os profissionais da AB não possuem ferramentas para avaliar os resultados das ações de cuidado, e demonstraram dificuldade para relatarem suas percepções sobre a efetividade das ações e estratégias utilizadas. Ao discutir sobre essa temática reconheciam, durante as entrevistas, as fragilidades do processo de avaliação dos resultados do cuidado e de ações contínuas que proporcionassem um contato prolongado com os usuários para desenvolver uma percepção mais adequada sobre os resultados do cuidado:

[...] não tem como avaliar, a gente avalia no momento, a gente avalia não a ação, é como o paciente recebeu aquela informação. Tem uns que saem satisfeitos, mas não é a avaliação da ação, é uma avaliação daquele momento ali. E têm muitos desses pacientes que às vezes eles ficam gratos, mas você fala assim "Tá estão gratos, mas será que eles entenderam?" (Pr12-fisioterapeuta)

As percepções relatadas pelos profissionais estavam relacionadas às ações que os mesmos consideram como aquelas que produzem mais resolubilidade para as pessoas com DLC, como os grupos de autocuidado e dos grupos de AF. Nesse sentido apontam que estas ações são efetivas produzindo bons resultados, embora também reconheçam que as mesmas não atendem às expectativas de todos os usuários:

[...] Então, dentro da possibilidade que a gente tem aqui na Unidade, assim, aqui tem um trabalho bom do NASF. Então, a educadora física, a fisioterapeuta, fazem grupos que são bem resolutivos. [...] conforme a demanda, elas fazem esses grupos e resolve bastante. Tem bastante caso de paciente que segue com as orientações. Faz atividade em casa de alongamento. E tem uma boa resposta. (Pr3-médico)

[...] geralmente o atendimento em grupo ajuda bastante. Só que nem sempre os pacientes ficam satisfeitos, mas funciona. Eu acho que funciona. Teve muitos pacientes que eu orientei ir para o

grupo que referiu melhora, que faz os alongamentos. (Pr4-médico)

[...] E a gente via um resultado muito bom. Os pacientes voltando e falando de melhora. Falando de que "Ah depois que eu comecei a vim", depois que começou a fazer [...]. Porque tem muitos que vem e realmente fazem os exercícios orientados, outros que não fazem e não voltam mais. Mas os que percebem a importância das orientações, eles referem bastante melhora. Muito mesmo, bem significativo. E a gente consegue perceber a diminuição de vezes que eles vêm na unidade por conta da queixa. (Pr15-enfermeiro)

6.2.9 Articulação entre as categorias e sua relação com o fenômeno: “Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde”.

Os resultados obtidos permitiram compreender e expressar de forma inicial o fenômeno “Cuidando de pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde” e no futuro poderão ser utilizados para subsidiar a construção de um modelo de cuidado para as pessoas com DLC, no contexto da ABS. O fenômeno descrito abrange as peculiaridades da Atenção Básica à Saúde, enquanto contexto, para o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica, bem como os diferentes aspectos que emergiram na pesquisa e se relacionam com a forma como o cuidado é estruturado, ofertado e vivenciado, tanto pelos profissionais de saúde como pelas pessoas que necessitam e buscam esse cuidado. A representação da articulação entre as categorias e subcategorias que compõe o fenômeno está ilustrada na Figura 16.

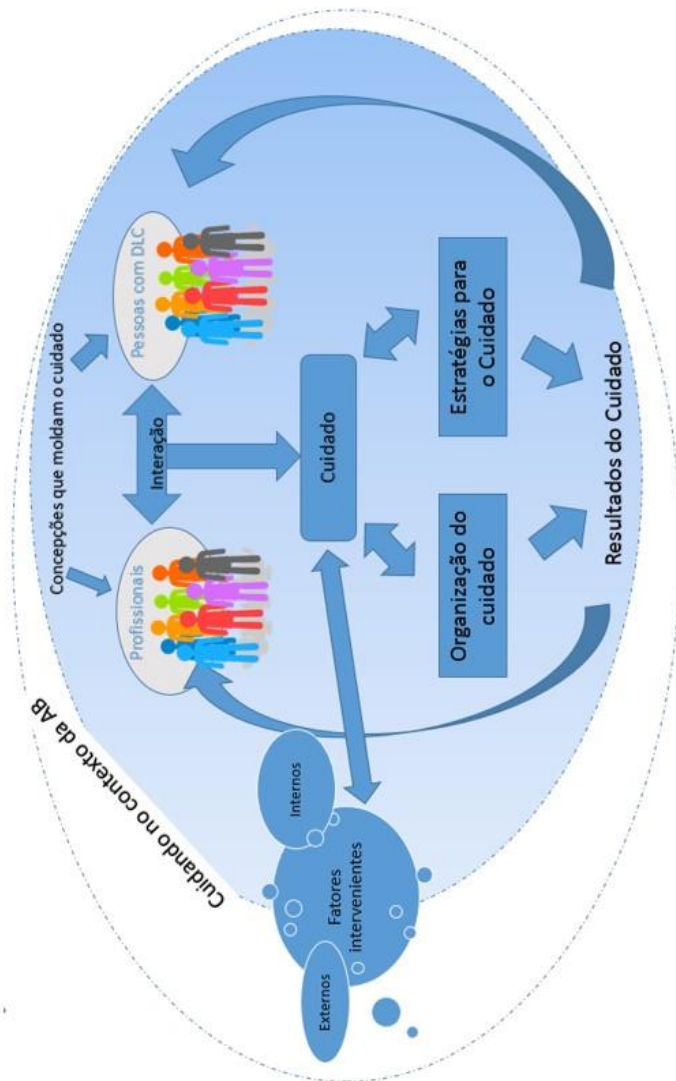
O cuidado é desenvolvido e estruturado através da interação entre os profissionais de saúde e as pessoas com DLC, sendo moldado pelas concepções e crenças que ambos possuem em relação a essa condição e ao cuidado. Os profissionais de saúde, organizados em equipes (ESF e NASF) buscam através da atuação interdisciplinar ofertar ações que integram medidas terapêuticas para o controle da dor e estratégias educativas que possam estimular o autocuidado e a promoção da saúde. No entanto, as fragilidades na formação profissional (em relação ao

cuidado da dor crônica) e na efetivação do trabalho em equipe configuram alguns desafios para consolidação dessas ações. O cuidado é estabelecido através da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as pessoas com DLC, sendo que as características destas pessoas, a maneira como elas vivenciam essa condição crônica, e a sua relação com a Atenção Básica à Saúde influenciam esse processo de interação para o cuidado. Por fim, as crenças dos profissionais de saúde sobre a DLC e a lógica de cuidado estabelecida através de concepções e modelos de saúde aprendidos, durante o exercício profissional, bem como as crenças das pessoas sobre a condição que vivenciam e efetividade dos tratamentos, formadas através das experiências e do saber popular, moldam e permeiam o cuidado desde sua concepção até as expectativas sobre os resultados.

O cuidado é organizado através de fluxos de encaminhamentos dos serviços dentro da ABS e para os outros pontos de atenção (principalmente a Média Complexidade). No âmbito da ABS, o cuidado ainda é centrado apenas em alguns serviços e com a participação de poucos profissionais. Já os serviços referenciados para a média complexidade são centrados nas consultas com ortopedistas, solicitação de exames e fisioterapia. Em ambos, o cuidado é estruturado na lógica que prioriza lesão/doença e as especialidades. Para o desenvolvimento do cuidado são utilizadas diferentes estratégias (relacionais, instrumentais, educativas, terapêuticas e de gestão). O mesmo também é influenciado por fatores relacionados com: a estrutura e organização dos serviços da ABS, com a relação com outros pontos de atenção e também com outros setores (previdência social, trabalho, educação).

Os resultados do cuidado são avaliados pelos profissionais de saúde apenas de forma subjetiva, sem instrumentos ou implementação de processos para avaliar a resolutividade das ações. Em relação aos usuários, os resultados se revelaram estar associados com suas expectativas em relação à resolução completa da dor e, embora as ações ofertadas possam produzir alguns efeitos positivos no controle dos sintomas, não são consideradas suficientes pelos mesmos.

Figura 16 - Representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas.



CUIDANDO DE PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Fonte: Elaborado pelo autor

6.2 MANUSCRITO 1 – INCAPACIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

INCAPACIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DISABILITY AND FACTORS ASSOCIATED WITH CHRONIC LOW BACK PAIN IN PATIENTS FROM PRIMARY CARE

INCAPACIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS USUÁRIOS CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO EM LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMO

Este estudo transversal teve como objetivo analisar os fatores relacionados com incapacidade em 91 pessoas com Dor Lombar Crônica, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, no município de Florianópolis, SC. Os participantes responderam ao formulário com dados sociodemográficos, clínicos, condições de saúde, estilo de vida e tratamentos; e ao Questionário Roland Morris, para Incapacidade Funcional Percebida. As análises incluíram Regressão de Poisson seguindo um modelo hierárquico. Na análise univariada os fatores: idade (adulto), estar inativo profissionalmente, ter sobrepeso/obesidade, não praticar atividade física, uso de medicação e autopercepção de saúde ruim foram associados com incapacidade. Após o ajuste, seguindo modelo hierarquizado, permaneceram associados: idade (adulto) situação profissional (inativo) e não praticar atividade física. Os resultados do estudo apontam que pessoas com Dor Lombar Crônica: na idade adulta, inativas na atividade profissional e que não praticam atividade física apresentaram maior probabilidade de incapacidade funcional

Descritores: Dor Lombar. Incapacidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to analyze the factors related to disability in 91 people with Chronic Low Back Pain, seen by Primary

Health Care, in Florianópolis, SC. Participants responded to the form with sociodemographic and clinical data, health status, lifestyle and treatments; and Roland Morris questionnaire to Perceived Functional Disability. Analyses included Poisson Regression following a hierarchical approach. In the univariate analysis the following factors: age (adult), be professionally inactive, overweight / obesity, and physical activity, medication and poor self-rated health were associated with disability. After adjustment, hierarchical model, remained associated: age (adult) employment status (inactive) and no physical activity. The results showed that people with chronic low back pain: in adulthood, inactive in the professional activity and do not exercise were more likely to have functional disability.

Descriptors: Low back pain. Disability, Primary Health Care.

RESUMEN

Estudio transversal para analizar factores relacionados con la discapacidad en 91 personas con Dolor Lumbar Crónico, acompañadas en la Atención Primaria de Salud, en Florianópolis, SC. Los participantes respondieron al formulario con datos sociodemográficos, clínicos, condiciones de salud, estilo de vida y tratamientos; y al Cuestionario Roland Morris para la Discapacidad Funcional Percibida. Los análisis incluyeron el modelo de Regresión de Poisson y utilizan un modelo jerárquico. En el análisis univariado los factores: edad (adultos), estar inactivo profesionalmente, tener sobrepeso/obesidad, sin practicar actividad física, uso de medicación y mala autopercepción de la salud se asociaron con la discapacidad. Después del ajuste, al utilizar el modelo jerárquico, se mantienen asociados: la edad (adultos), situación profesional (inactivo), y sin ninguna actividad física. Los resultados del estudio mostraron que las personas con Dolor Lumbar Crónico: en la edad adulta, inactivas profesionalmente y sin actividad física eran más propensas a tener una discapacidad funcional.

Descriptorios: Dolor de lá región lumbar. Discapacidad. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica (DLC) é um problema musculoesquelético com alta prevalência (MACFARLANE et al., 2012; NASCIMENTO; COSTA, 2015), podendo levar à incapacidade ao longo do tempo, ao absenteísmo e ao uso frequente dos serviços de saúde (GORE et al., 2012), sendo também uma das principais razões de consultas na Atenção Primária à Saúde.

A incapacidade relacionada à dor lombar crônica, caracterizada pelas dificuldades em executar atividades da vida diária em casa e/ou no trabalho (SALVETTI et al., 2012), tem sido considerada um problema de saúde pública, pois interfere diretamente na vida social e familiar dos indivíduos (SOUZA; FRANK, 2011; SALVETTI et al., 2012; BAILLY et al., 2015). Além disso, pode causar um grande impacto econômico em função da diminuição da produtividade, afastamentos do trabalho e gastos para o sistema de saúde (WYNNE-JONES; DUNN; MAINS, 2008; BLYTH, 2008; FREBURGER et al., 2009; GORE et al., 2012).

Alguns estudos têm demonstrado que altos níveis de incapacidade estão diretamente associados com pobres resultados na recuperação (COSTA et al., 2009; VERKERK et al., 2013), e maior tempo para o retorno ao trabalho (WYNNE-JONES; DUNN; MAINE, 2008). Entre os fatores já estabelecidos na literatura, relacionados à incapacidade provocada pela DLC, destacam-se a intensidade da dor, alguns fatores sociodemográficos (gênero e ausência de trabalho remunerado) e fatores psicossociais (VAN DER HULST; VOLLENBROEK-HUTTEN; IJZERMAN, 2005; FOSTER et al., 2010; SALVETTI et al., 2012; PIETIKÄINEN et al., 2011). No entanto, considerando a DLC como uma condição multideterminada, outros fatores, como os relacionados às condições de saúde e aos comportamentos de saúde também estariam relacionados com a incapacidade.

Considerando a importância da incapacidade provocada pela DLC e que o conhecimento dos fatores envolvidos no desenvolvimento da mesma podem ser úteis para direcionar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, este estudo tem como objetivo analisar os fatores relacionados com incapacidade em pessoas com DLC que utilizam os serviços da Atenção Primária à Saúde.

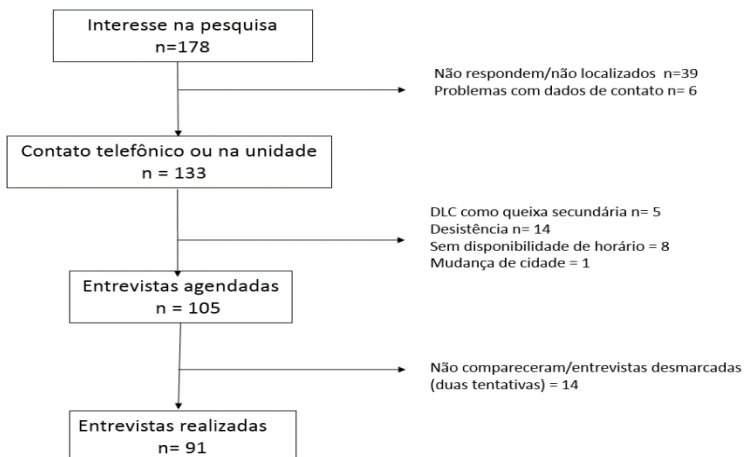
MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal.

Participantes

Entre o período de maio de 2014 e julho de 2015, os pesquisadores visitaram 34 grupos de autocuidado para dores na coluna e de atividade física das unidades de saúde, em um dos distritos sanitários no Município de Florianópolis (Santa Catarina), para o recrutamento de pessoas com DLC. O processo de seleção foi por conveniência e os critérios de inclusão selecionados foram: apresentar sintomas de dor lombar por tempo superior a seis meses, utilizar os serviços das unidades de saúde no distrito sanitário selecionado há mais de 12 meses, ter como queixa principal a dor na região lombar (quando apresentasse outras dores associadas). O fluxograma com as etapas do processo de recrutamento e composição da amostra está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra



Fonte: elaborado pelo autor

Coleta de Dados

As entrevistas foram agendadas por contato telefônico e realizadas nas unidades de saúde e/ou residência, conforme disponibilidade dos participantes. Inicialmente os participantes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida a coleta dos dados foi realizada com a aplicação dos seguintes instrumentos: um formulário estruturado em módulos que incluíram questões relacionadas às características sociodemográficas, clínicas, comportamentais e tratamento; e o “Questionário Roland Morris– QRM”, que foi utilizado para avaliar a incapacidade funcional percebida pelas pessoas com dor lombar.

O QRM avalia a incapacidade funcional percebida pelas pessoas com dor lombar e consiste em questionário com 24 itens com pontuações de zero ou um (sim ou não), sendo que o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). O mesmo tem sido utilizado amplamente nas pesquisas para medir incapacidade funcional em pessoas com dor lombar (COSTA; MAHER; LATIMER, 2007; OCARINO, 2009; STEFANE et al., 2013), e também foi validado para utilização em populações com outros tipos de dor crônica (SARDÁ; NICHOLAS; PIMENTA, 2010). Nesse estudo foi utilizada a versão brasileira do instrumento, que foi traduzido e adaptado para população brasileira (NUSBAUN et al, 2001), apresentando uma alta confiabilidade teste/reteste (ICC de 0,94), e entre examinadores (ICC de 0,95).

Todos os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, por pesquisadores que foram treinados previamente para o estudo.

Variáveis incluídas no estudo

A variável dependente investigada foi o nível de Incapacidade Funcional Percebida pelas pessoas com DLC, obtido através do QRM. A presença de Incapacidade Funcional foi considerada quando o total do score foi superior a 14 pontos (NUSBAUN et al, 2001).

As variáveis independentes foram: as características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação profissional e renda familiar), as características comportamentais (Prática de Atividade Física, Uso de Cigarro e Índice de Massa Corporal), características clínicas e condições de Saúde (Autopercepção de Saúde, Presença de

Hérnia de Disco, Outras Doenças Crônicas e Qualidade do Sono) e relacionadas ao tratamento (medicação e orientações).

A idade foi categorizada em adultos (18 a 60 anos) e em idosos (acima de 60 anos). Escolaridade foi coletada em anos de estudo completos com sucesso, e dicotomizada em alta escolaridade (> 8 anos) e baixa escolaridade (≤ 8 anos). Em relação à Situação Profissional foram considerados “Não ativos” os participantes que estivessem afastados, desempregados ou aposentados, e “ativos” os indivíduos que estavam exercendo sua função profissional no momento do estudo. A Renda Familiar foi coletada em salários mínimos - SM (baixa $\leq 3SM$ e média/alta >3). Para pratica de atividade física se utilizou a questão: *Você pratica alguma atividade Física?* Categorizada em sim e não.

O consumo de cigarro foi obtido através da questão: *Você é fumante?* Sendo categorizada em “não fumante”, “ex-fumante” e “fumante”. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi coletado através do peso e altura referidos pelos participantes e categorizado em normal (18,5a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9) e obesidade (≥ 30) A autopercepção de saúde e a qualidade do sono foram avaliadas através das questões: *Como você considera sua saúde?* e *Como você considera a qualidade do seu sono?* Para ambas, as respostas foram dicotomizadas em: Boa (excelente/boa/regular) e Ruim (ruim/muito ruim).

A presença de Hérnia de disco foi identificada através da questão: *Você tem exames ou o médico lhe falou qual a causa da sua dor nas costas?* Considerou-se como “sim”, quando o participante referia ou mostrava exames apontando hérnia de disco na região lombar (mesmo quando existiam outras causas, além da Hérnia discal). A presença de outras doenças crônicas foi avaliada ao inquerir o participante se ele apresentava as seguintes doenças: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, Fibromialgia, Depressão/Ansiedade. A presença de outras doenças crônicas foi considerada, quando o participante referia apresentar pelo menos uma das condições citadas. O uso de medicação foi avaliado através do questionamento: *Atualmente, você utiliza algum medicamento para controlar ou aliviar a dor?* O Recebimento de Orientações para Autocuidado foi avaliado através da pergunta: *Durante o atendimento pelos profissionais de saúde você recebeu orientações para cuidar da sua dor lombar?*

Análise dos Dados

Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 20.0 (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos) e analisados com recurso da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, e percentuais) e inferencial. Na análise inferencial foram utilizados os testes do X^2 ou exato de Fisher para associação univariada entre as variáveis e a presença de incapacidade funcional. A associação multivariada foi analisada por meio de regressão logística hierarquizada (Regressão de Poisson), estimando-se Razão de Prevalência (RP) e IC95%, considerando $p < 0,05$. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises brutas. As análises ajustadas foram realizadas, utilizando-se a seguinte ordem para determinação de entrada das variáveis no modelo: sociodemográficas, variáveis relacionadas ao tratamento, comportamentais, e condições de saúde. As variáveis foram ajustadas entre si, sendo mantidas no modelo aquelas que obtiveram $p < 0,20$ para ajuste das variáveis no nível subsequente.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (Parecer n. 252540 de 23/04/2013). A realização do estudo foi precedida do contato com a secretaria municipal de saúde e com as unidades de saúde selecionadas. A participação dos sujeitos foi voluntária e as perguntas da entrevista podiam ser respondidas na sua totalidade ou em parte. Todas as informações foram confidenciais e não identificadas.

RESULTADOS

Na análise univariada a presença de incapacidade se associou com idade (adulto), estar inativo profissionalmente, ter sobrepeso/obesidade, não praticar atividade física, uso de medicação e com autopercepção de saúde ruim (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Análise univariada entre Incapacidade Funcional Percebida e variáveis sociodemográficas e comportamentais, em usuários da Atenção Primária com queixa de dor lombar crônica (n=91). Florianópolis, 2015.

VARIÁVEIS	Sem Inc.* n (%)	Com Inc.** n (%)	Total n (%)	X ²	Valor p
SÓCIO- DEMOGRAFICAS					
Sexo					
Homem	13(25%)	5 (12,8%)	18 (19,8%)		
Mulher	39(75%)	34 (87,2%)	73 (80,2%)	2,08	0,18
Idade					
Adulto	27 (51,9%)	30 (76,9%)	57 (62,6%)		
Idoso	25 (48,1%)	9 (23,1%)	34 (37,4%)	5,95	0,01*
Escolaridade					
Baixa	24 (48%)	21 (53,8%)	45 (50,6%)		
Alta	26 (52%)	18 (46,2%)	44 (48,4%)	0,3	0,58
Situação Profissional					
Não ativo	19 (36,5%)	27 (69,2%)	46 (50,5%)		
Ativo	33 (63,5%)	12 (30,8%)	45 (49,5%)	9,52	0,00*
Renda Familiar					
Baixa	29 (56,9%)	23 (59%)	52 (57,8%)		
média/alta	22 (43,1% ⁰)	16 (41%)	38 (42,2%)	0,04	0,84
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE					
Prática de AF					
Não	19 (36,5%)	27 (69,2%)	46 (50,5%)		
Sim	33 (63,5%)	12 (30,8%)	45 (49,5%)	9,52	0,00*

Tabagismo

Não	27 (51,9%)	14 (35,9%)	41 (45,1%)		
ex-fumante	20 (38,5%)	17 (43,6%)	37 (40,7%)		
Fumante	05 (9,56%)	8 (20,5%)	13 (14,3%)	3,26	0,2

IMC

Normal	20 (40%)	8 (21,1%)	28 (31,8%)		
Sobrepeso	21 (42%)	15 (39,5%)	36 (40,9%)		
Obesidade	09 (18%)	15 (39,5%)	24 (27,3%)	6,12	0,04*

*Sem Inc. = Sem presença de incapacidade/ ** Com Inc. = Com presença de Incapacidade

Tabela 2 - Análise univariada entre Incapacidade Funcional Percebida e variáveis relacionadas às condições clínicas e de saúde e tratamentos, em usuários da Atenção Primária com queixa de dor lombar crônica (n=91). Florianópolis, 2015.

VARIÁVEIS	Sem Inc.* n (%)	Com Inc.** n (%)	Total n (%)	X ²	Valor p
CONDIÇÕES CLÍNICAS E DE SAÚDE					
Percepção de saúde					
Ruim	10 (19,6%)	19 (48,7%)	29 (32,2%)		
Boa	41 (80,4%)	20 (51,3%)	61 (67,8%)	8,57	0,00*
Presença de Hérnia de disco					
Não	39 (75%)	22 (56,4%)	61 (67%)		
Sim	13 (25%)	17 (43,6%)	30 (33%)	3,4	0,07
Presença de outras doenças crônicas					
Não	15 (28,8%)	06 (15,4%)	21 (23,1%)		
Sim	37 (71,2%)	33 (84,6%)	70 (76,9%)	2,27	0,2

Qualidade do Sono

ruim	31(59,6%)	30 (76,9%)	61 (67%)		
Boa	21 (40,4%)	9 (23,1%)	30 (33%)	3,02	0,11

TRATAMENTO**Uso de Medicação**

Não	22 (42,3%)	7 (17,9%)	29 (31,9%)		
Sim	30 (57,7%)	32 (82,1%)	62 (68,1%)	6,09	0,02*

Orientações para auto-cuidado

Não recebeu	20 (38,5%)	8 (20,5%)	28 (30,8%)		
Recebeu	32 (61,5%)	31 (79,5%)	63 (69,2%)	3,37	0,1

*Sem Inc. = Sem presença de incapacidade/ ** Com Inc. = Com presença de Incapacidade

As variáveis que apresentaram associação significativa com Incapacidade Funcional foram integradas no Modelo de Regressão Logística, e após análise ajustada, permaneceram no modelo final as variáveis: idade, situação profissional e prática de atividade física. Portanto, os resultados do estudo apontaram que a probabilidade de apresentar Incapacidade Funcional foi maior nas pessoas adultas (RP= 1,98; IC95% 1,12-3,67), inativas profissionalmente (RP= 2,00; IC95% 1,23-3,26) e que não praticam atividade física (RP= 1,62; IC95%; 1,01-2,03) (Tabela 3).

Tabela 3 – Estimativas da razão de prevalência de incapacidade pelo modelo de regressão de Poisson – Florianópolis, 2015.

VARIÁVEIS	RPbr (IC95%)	RP aj (IC95%)
Idade (a)		
Idoso	1,00	1,00
Adulto	1,98 (1,08 - 3,67)	1,98 (1,12- 3,67)

Situação Profissional (a)

Ativo	1,00	1,00
Não ativo	2,20 (1,28-3,78)	2,00 (1,23 -3,26)

Uso de Medicação

Não	1,00	1,00
Sim	2,14 (1,07-4,26)	1,83 (0,93 - 3,60)

Prática de Atividade Física

Não	2,20 (1,28-3,78)	1,62 (1,01 - 2,63)
Sim	1,00	1,00

Percepção de Saúde

Boa	1,00	1,00
Ruim	2,00 (1,28-3,12)	1,39 (0,93 -2,05)

(a) =Bloco de variáveis sócio-demográficas; **RPbr** = Análise Bruta da Razão de Prevalência; **RPaj**= Análise ajustada da Razão de Prevalência

DISCUSSÃO

Embora o tamanho da amostra seja pequeno para garantir a acurácia desses resultados, este estudo apresenta sua relevância por ampliar a investigação dos fatores associados à incapacidade funcional em um grupo de pessoas com DLC que são acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, sendo esse contexto pouco explorado em estudos nacionais.

Os resultados deste estudo apontam que as características sociodemográficas (idade e situação profissional) e a prática de AF são os principais fatores associados com a Incapacidade Funcional em pessoas com dor lombar crônica. Entre os fatores sociodemográficos investigados nesse estudo, apenas a idade e a situação profissional foram associadas à Incapacidade Funcional. Outros fatores associados estabelecidos na literatura, tais como gênero, escolaridade e renda

familiar, não aumentaram a probabilidade de apresentar Incapacidade Funcional nas pessoas com DLC.

Os adultos apresentaram 1,98 vezes maior probabilidade de apresentar Incapacidade Funcional do que os idosos. A idade não foi apontada em outras pesquisas (SALVETTI et al., 2012; WILKENS, 2012), como um fator associado à incapacidade. No entanto, a população alvo das mesmas tem sido apenas a os adultos, enquanto no presente estudo abrangia adultos e também idosos, pois essas duas faixas etárias são igualmente encontradas nos grupos de dor crônica ofertados nas unidades de saúde.

A fase adulta é considerada profissionalmente como “idade ativa”, pois a maioria das pessoas nessa faixa etária desenvolve algum tipo de atividade profissional, sendo que muitas funções profissionais podem estar relacionadas com as queixas de dor lombar. Acredita-se que a incapacidade tenha sido maior em adultos, pois os mesmos procuram os serviços de saúde pelas limitações funcionais que a dor acarreta, principalmente durante o trabalho.

Outro fator associado com a Incapacidade Funcional foi a situação profissional (inativos). As pessoas que não estavam desenvolvendo suas atividades profissionais, tinham duas vezes maior probabilidade de apresentar incapacidade. Outros estudos que analisaram pacientes com dor lombar crônica mostraram que pessoas que não estão empregadas apresentam maior chance de incapacidade (GROTLE et al., 2010; GARCIA; VIEIRA; GARCIA, 2013). VERKERK e outros (2015) e, apontam ainda, que uma maior participação em atividades profissionais está relacionada com melhor recuperação dos sintomas produzidos pela DLC.

No entanto, ressalta-se que no presente estudo foram considerados inativos não somente as pessoas que não tinham um trabalho remunerado, mas também os aposentados e afastados (por doença) de suas atividades profissionais, sugerindo que estes indivíduos também têm maior probabilidade de desenvolver incapacidade. De acordo com Salvetti e colaboradores (2012), o fato de estar longe das atividades laborais pode ter relação com a Incapacidade, pois os indivíduos tendem a focar mais atenção à dor, sentindo-se muitas vezes desvalorizados socialmente. Em contrapartida, Verkerk et al. (2015) apontam que as pessoas que continuam suas atividades profissionais (ainda que parcialmente), geralmente se mantêm fisicamente mais ativas

e com maior convívio social, sendo esses fatores relacionados com melhores resultados na recuperação funcional.

Entre os fatores comportamentais, a prática de atividade física se associou negativamente com a presença de incapacidade, apontando que pessoas com DLC que não praticavam nenhuma atividade física tinham maior probabilidade de apresentar incapacidade funcional. Esses resultados corroboram com os resultados encontrados na revisão sistemática conduzida por Lin e outros autores (2011) que também apontam a associação negativa entre prática de atividade física e incapacidade.

A associação entre inatividade física e incapacidade pode ser interpretada de acordo com o modelo “Medo/Evituação da Dor”, que tem como eixo-central a forma como as pessoas interpretam a sua dor (LEEUW et al., 2007; DIAZ-CERILLO; RONDÓN-RAMOS, 2015). De acordo com Lin e colaboradores (2011) e Zale e Ditre (2015), uma interpretação catastrófica do que é susceptível de gerar medo da dor e/ou uma nova lesão leva a comportamentos de prevenção e proteção em situações que envolvam potencialmente níveis mais elevados de dor ou danos, como as práticas de atividade física e/ou outras atividades de lazer que envolva movimento e exercícios. No estudo produzido por Elfving, Andersson e Grooten (2007), os pesquisadores encontraram relação entre baixos níveis de atividade física e maiores escores de catastrofização e crenças relacionadas à medo/evituação da dor nas pessoas com DLC.

No presente estudo, aproximadamente metade da amostra não pratica nenhuma modalidade de atividade física, sendo considerados inativos. Estilos de vida que não incluem prática de atividade física costumam estar associados ao sedentarismo, que tem sido apontado como um dos fatores associado com outras condições crônicas (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, depressão) (VUORI; LAVI; BLAIR, 2013). No entanto, o mesmo pode ser modificado através das ações e práticas de promoção de saúde, como aquelas ofertadas na Atenção Primária, que incentivam a realização de exercícios e atividade física na vida diária.

No caso das pessoas com DLC, a prática de exercícios e atividade física é recomendada como parte da terapêutica em função dos seus benefícios no alívio da dor e redução da incapacidade (PILLASTRINI et al., 2012). Pinto e colaboradores (2014) relataram que pessoas com DLC que praticam atividades físicas como lazer, em intensidade moderada ou vigorosa, apresentaram reduções significativas na dor e na incapacidade

quando comparadas com um grupo de pessoas sedentárias. Ainda como efeitos adicionais, a atividade física também está associada ao bem-estar físico, mental e inclusão social dos indivíduos (SOUZA, 2009), tornando-se dessa forma uma ferramenta potencialmente útil à promoção da saúde para populações com dores crônicas.

As limitações do presente estudo, tais como o desenho transversal e a amostra por conveniência, limitam a generalização dos resultados. Por isso, novos estudos de base populacional devem ser desenvolvidos, preferencialmente estudos de coorte longitudinais para verificar a relação de causalidade entre as variáveis. Além disso, propõe-se a utilização de instrumentos para ampliar a investigação sobre outros parâmetros relacionados à prática de atividade física (frequência, duração, intensidade, modalidade).

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo apontaram a idade, a situação profissional e prática de Atividade física como os principais fatores associados com a incapacidade funcional em pessoas com DLC. Estes fatores devem ser considerados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o planejamento de ações de saúde que visem prevenir ou reduzir a incapacidade e na promoção de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

BAILLY, F. et al. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study. **Joint Bone Spine**. v. 82, n. 6, p. 437-441, dez. 2015.

BLYTH, F. Chronic pain- is it a public health problem? **Pain**, v. 137, n. 3, p. 465-466, 2008.

COSTA, L.C. et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. **BMJ**, v. 339, p. b3829, 2009.

COSTA, L.O. et al. Psychometric characteristics of the Brazilian-Portuguese versions of the functional rating index and the roland morris disability questionnaire. **Spine**, v. 32, n. 17, p. 1902-1907, aug. 2007.

- DIAZ-CERRILLO, J.L.; RONDÓN-RAMOS, A. Diseño de um instrumento educativo para pacientes com lombalgia crônica inespecífica atendidos em Atención Primaria. **Atención Primaria**. v. 47, n. 2, p. 117-123, 2015.
- ELFVING, B.; ANDERSSON, T.; GROOTEN, W.J. Low levels of physical activity in back pain patients are associated with high levels of fear-avoidance beliefs and pain catastrophizing. **Physiother Res Int**, v. 12, p. 14-24, 2007.
- FOSTER NE, Thomas E, Bishop A, et al . Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. **Pain**, v. 148, n. 3, p. 398-406, 2010.
- FREBURGER, J. K. et al. The rising prevalence of chronic low back pain. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, p. 251-258, 2009. doi:10.1001/archinternmed.2008.543
- GARCIA, B.T.; VIEIRA, E.B.M.; GARCIA, J.B.S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em patients portadores de síndromes dolorosas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- GORE, M. et al. The burden of chronic low back pain clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine**, v. 37, n. 11, p. E668-E677, may 2012.
- GROTTLE M, FOSTER NE, DUNN KM, CROFT P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? **Pain**, v. 151, n. 3, p. 790-797, dec. 2010.
- LEEUEW, M. et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. **J Behav Med**. v. 30, p. 77-94, 2007.
- LIN, C.W.C. et al. Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. **Pain**, v. 152, p. 607-613, 2011.

MACFARLANE, G.J. et al. The prevalence and management of low back pain across adulthood; Results from a population-based cross-sectional study (the musician study). **Pain**, v. 153, p. 27-32, 2012.

NASCIMENTO, P.R.C.; COSTA, L.O.P. Prevalência de dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1141-1155, 2015.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Braz Med Biol Res**. v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001.

OCARINO, J. M. et al. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 343-349, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000400012&script=sci_arttext> . Acesso em: 04 jul. 2013.

PIETIKÄINEN, S. et al. Health-related and sociodemographic risk factors for disability pension due to low back disorders: a 30-year prospective finnish twin cohort study. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, v. 53, n. 5, p. 488-496, may 2011. Disponível em: doi: 10.1097/JOM.0b013e31821576dd. Acesso em: 08 jul. 2013.

PILLASTRINI, P. et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. **Joint Bone Spine**, v. 79, n. 2, p. 176-185, mar. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1297319X11000777/1-s2.0-S1297319X11000777-main.pdf?_tid=f29202e4-e02e-11e2-bdeb-00000aacb35e&acdnat=1372450481_6f4b06373d707828658bb4e15ebe08c5>. Acesso em: 19 abr. 2013.

PINTO, R.Z. et al. Self-reported moderate-to-vigorous leisure time physical activity predicts less pain and disability over 12 months in chronic and persistent low back pain. **Ejp**, v. 18, n. 8, p.1190-1198, fev. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em:

<<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1002/j.1532-2149.2014.00468.x>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

SALVETTI, M.G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 16-23, 2012.

SARDÁ, J.J.J. et al. Validação do questionário de incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Rev Dor**, v. 11, n. 1, p. 28-35, 2010.

SOUZA, J.B. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 2, p. 145-150, apr. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2016.

SOUZA, L.; FRANK, A.O. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. **Disability and Rehabilitation**. v. 33, n. 4, p. 310-318, 2011.

STEFANE, T. et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.

VAN DER HULST, M.; VOLLENBROEK-HUTTEN, M.M.; IJZERMAN, M.J. A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. **Health Services Research**, v. 30, n. 7, p. 813-825, apr. 2005.

VERKERK, K. et al. Prognosis and course of disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a 5 and 12-month follow-up cohort study. **Physical Therapy**. v. 93, n. 12, p. 1603-1614, 2013.

VUORI, I.M.; LAVIE, C.J.; BLAIR, S.N. Physical activity promotion in the health care system. **Mayo Clin Proc**. v. 88, n. 12, p. 1446-1461, dec. 2013. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020.

WILKENS, P. et al. Prognostic factors of prolonged disability in patients with chronic low back pain and lumbar degeneration in primary care. **Spine**. v. 38, n. 1, p. 65-74, 2012.

WYNNE-JONES, G.; DUNN, K.M.; MAIN, C.J. The impact of low back pain on work: a study in primary care consultants. **Eur J Pain**. v. 12, n. 2, p. 180-188, 2008.

ZALE, E.L.; DITRE, J.W. Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. **Current Opinion In Psychology**, v. 5, p. 24-30, out. 2015.

6.3 MANUSCRITO 2 – O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC LOW BACK PAIN IN COMPLEX CONTEXT OF PRIMARY CARE

ATENCIÓN A PERSONAS COM DOLOR LUMBAR CRÓNICO EM COMPLEJO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMO

Objetivo: compreender a estruturação do cuidado às pessoas com dor lombar crônica no contexto da Atenção Básica (AB) sob a perspectiva da teoria da complexidade. **Método:** Estudo qualitativo, utilizando a abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram 29 sujeitos (profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e pessoas com Dor Lombar Crônica - DLC usuárias da AB). Os dados foram obtidos através de entrevistas e observação e analisados mediante codificação inicial e focalizada. **Resultados:** O cuidado das pessoas com DLC está estruturado num contexto dinâmico e complexo da AB, que busca alcançar a integralidade do cuidado, mas ainda, centrado na perspectiva biomédica e centrada na doença que interfere na efetivação do trabalho em equipe e na ampliação dos fluxos e ofertas de serviços. **Implicações:** Esperam-se novos modelos de cuidado centrados nos indivíduos e pautados em ações transdisciplinares para alcançar a integralidade do cuidado.

Descritores: Assistência à Saúde. Dor Lombar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the structure of care for people with chronic low back pain in the context of Primary Care (PC) from the perspective of complexity theory. **Method:** qualitative study, using Grounded Theory, with 29 people (professionals in the Health Family Teams and from Support Health Centers; and people with Chronic Low Back Pain, users of PC). Data were collected through interviews and observation and analyzed by initial and focused coding. **Results:** The care of people with DLC is structured in a dynamic and complex context of Primary Care, which seeks to achieve comprehensive health care, but still focused on the biomedical perspective and focused on the disease that interferes with the effectiveness of teamwork and the expansion of flows and services. **Implications:** It is hoped new models of care focused on individuals and guided in disciplinary actions to achieve comprehensive care.

Descriptors: Delivery of Health Care. Low Back Pain. Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la estructura del cuidado a personas con dolor lumbar crónico en el contexto de la Atención Primaria, desde la perspectiva de la complejidad. **Método:** Estudio cualitativo con enfoque en la Teoría Fundamentada. Participantes: 29 personas (profesionales de los equipos en Estrategia de Salud Familiar y los Núcleos de apoyo a la Salud Familiar; y personas usuarios de Atención Primaria). Los datos se recolectaron por observación y entrevistas, analizados mediante codificación inicial focalizada. **Resultados:** El cuidado de personas con dolor lumbar Crónico se estructura en un contexto dinámico y complejo de la Atención Primaria, para lograr la atención integral, pero todavía centrado en la perspectiva biomédica y la enfermedad, lo que interfiere en la eficacia del trabajo en equipo y en la expansión de los flujos y ofertas de servicios. **Implicaciones:** Se esperan nuevos modelos de cuidado centrados en las personas, guiados por acciones transdisciplinarias para lograr una atención integral.

Descriptorios: Prestación de Atención de Salud. Dolor de lá región lumbar. Atención Primária de Salud.

INTRODUÇÃO

A dor lombar é um dos maiores problemas mundiais de saúde, sendo sua prevalência mundial estimada em torno de 11,9 %, atingindo mais mulheres e pessoas entre 40 e 80 anos (HOY et al., 2012, BENER; DAFFEAH; ALNAQBI, 2014). É considerada como a condição com maior impacto em termos de incapacidade entre 291 doenças avaliadas em estudo promovido pela Organização Mundial da Saúde (HOY et al., 2014). Essa condição apresenta bom prognóstico, melhorando nos três meses subsequentes (BALANGUÉ et al., 2012). No entanto, aproximadamente 15% das pessoas continuam tendo dores persistentes (GORE et al., 2012), que podem perdurar por um longo tempo (HENSCHKE; MAHER; REFSHAUGE, 2008; COSTA; MAHER; MCAULEY, 2009), e desenvolvem níveis variáveis de incapacidade, que prejudicam sua vida profissional, social e familiar (WYNNE-JONES; DUNN; MAIN, 2008; SOUZA; FRANK; 2011; BEAUDREUIL, 2012; BAILLY et al., 2015). Isto faz com que esses indivíduos busquem mais vezes os serviços de saúde e necessitem de cuidado por mais tempo.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (denominada como Atenção Básica à Saúde), é recomendada como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL 2012; MENDES 2012). No entanto, os casos de dor crônica, como a Dor Lombar Crônica (DLC), ainda são subnotificados na Atenção Básica (MATA et al., 2011) e não há políticas específicas para o seu atendimento, apesar do grande número de pessoas com essa condição que chegam nesse contexto em busca de consultas médicas e outros serviços de saúde.

Em função do grande número de pessoas que buscam a Atenção Básica à Saúde (ABS) para tratar disfunções musculoesqueléticas de caráter crônico, os profissionais desses serviços têm desenvolvido ações terapêuticas e de promoção de saúde voltadas para as especificidades dessa população. No entanto, pouco se conhece sobre como os profissionais de saúde se organizam e como estruturam as ações de cuidado para as pessoas com DLC, diante dos princípios da Atenção Básica à Saúde no contexto brasileiro.

A compreensão do cuidado das condições crônicas e multideterminadas, como no caso da DLC, não pode ser analisada isoladamente ou sob um único foco. Assim, este cuidado deve ser interpretado dentro de um olhar complexo e sistêmico, o que significa que está interligado e interdependente de um contexto, com múltiplas dimensões que o constituem e com os quais se relaciona. Nesse sentido, o pensamento Complexo proposto por Morin (2011), busca apreender a multidimensionalidade das realidades, as interações e retroações.

Ao lidar com condições complexas, como organizações e sistemas de saúde, os princípios do pensamento complexo permitem refletir sobre a temática, opondo-se aos mecanismos reducionistas e ao olhar fragmentado da realidade.

Dessa forma, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como está estruturado o cuidado às pessoas com dor lombar crônica no contexto da Atenção Básica à Saúde, de um município do sul do país, sob a perspectiva da teoria da complexidade? Nesse sentido, tivemos como objetivo compreender a estruturação do cuidado às pessoas com dor lombar crônica no contexto da Atenção Básica (AB) sob a perspectiva da teoria da complexidade.

MÉTOD

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo, tendo como delineamento de pesquisa, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), com abordagem construtivista.

O cenário da pesquisa foi um dos distritos sanitários de um município sul do Brasil, que conta com aproximadamente 98.500 habitantes. A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro de 2014 a outubro de 2015, em seis unidades básicas de saúde que compõem este distrito. A seleção dos participantes, por amostragem teórica, foi intencional com os seguintes critérios de participação: atuar como profissional nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do distrito, por no mínimo seis meses; ou ser usuário das unidades do distrito há mais de um ano, com queixas de dor lombar crônica com duração superior a seis meses.

Para a amostragem teórica foram constituídos 4 grupos amostrais, totalizando 29 participantes. O primeiro grupo amostral foi constituído por 6 médicos das equipes de ESF. Essa categoria profissional foi selecionada, pois os médicos costumam ser os primeiros profissionais

que as pessoas com DLC buscam para o cuidado. A pergunta indutora das entrevistas nesse primeiro grupo foi: Como é realizado o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica à Saúde? A partir da coleta de dados com esses profissionais, evidenciaram-se duas hipóteses: (a) o cuidado da DLC era centralizado nas ações organizadas por Fisioterapeutas e Educadores Físicos das equipes do NASF; (b) os agentes de saúde e os enfermeiros das equipes de ESF também participam do cuidado das pessoas com DLC, mas de forma indireta. A partir dessas hipóteses, foram formados mais dois grupos amostrais. O segundo grupo foi composto por 4 fisioterapeutas e 3 profissionais de educação física que integravam as equipes do NASF do distrito, com o intuito de explorar aspectos sobre a participação desses profissionais no cuidado e nas atividades em grupos coordenadas pelos mesmos. Já o terceiro grupo amostral foi constituído por 3 enfermeiras e 4 agentes de saúde das equipes de ESF, com o objetivo de compreender como esses profissionais estavam envolvidos no cuidado. No decorrer da análise das entrevistas dos três grupos se evidenciou que o cuidado organizado e proposto pela AB também dependia da interação entre a AB e as pessoas com DLC, e por isso, um quarto grupo amostral foi composto por 9 pessoas com DLC que utilizam os serviços da AB. O foco das entrevistas desse último grupo foi compreender como era o cuidado na perspectiva destes usuários.

Ao final da coleta do quarto grupo amostral, considerou-se que a saturação teórica foi alcançada e a coleta dos dados através de entrevistas foi finalizada. Todas as entrevistas foram em áudio gravadas e posteriormente transcritas na íntegra em arquivo word[®]. Concomitante à coleta dos dados, realizou-se a análise dos mesmos como preconizado pela TFD, sendo realizada em duas etapas principais: codificação inicial e focalizada. A codificação inicial foi realizada através da denominação de cada segmento de dado e seguida pela etapa de codificação focalizada que utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2013). Para esse processamento analítico dos dados, o *software* Atlas ti[®] versão 7.5.2. foi utilizado.

Ao final do processo de análise, emergiram oito categorias e 27 subcategorias que sustentam o fenômeno “Cuidando das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica”. Nesse artigo, optou-se por discutir as três categorias que enfatizam a estruturação do cuidado para pessoas com DLC no contexto complexo da atenção básica. As

categorias são: “Organizando o serviço e estabelecendo o fluxo de cuidado”, “Revelando o Papel e a interação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica” e “Cuidando no contexto da Atenção Básica”.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Processo n. 792.16 e CAAE: 34831314.7.0000.0115) e os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, aceitando formalmente participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os seus nomes foram substituídos por códigos, ou seja, pelas letras Pr (Profissional) e pela letra P (pessoa com DLC) seguida de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (Pr1, Pr2, Pr3....P28, P29). Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as três categorias abordadas no estudo e suas respectivas subcategorias:

Quadro 1- Categorias e suas respectivas subcategorias

Categorias/Subcategorias	
Organizando o serviço e estabelecendo o fluxo de cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica	
28.	Conhecendo as formas de acesso aos serviços da Atenção Básica
29.	Estabelecendo o fluxo de cuidado dentro da Atenção Básica
30.	Estabelecendo o fluxo de encaminhamentos para outros níveis de atenção
Revelando os papéis e a interação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com Dor Lombar Crônica	
31.	Revelando o preparo dos profissionais para o cuidado da Dor Lombar Crônica através da formação e experiência profissional
32.	Revelando o papel das equipes e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado da Dor Lombar Crônica
33.	Revelando o papel das equipes e dos profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família envolvidos no cuidado da

Dor Lombar Crônica
34. Reconhecendo os desafios para concretizar as ações de trabalho em equipe
Cuidando da pessoa com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica
35. Construindo o cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica
36. Conhecendo a proposta da Atenção Básica para o cuidado de pessoa com Dor Lombar Crônica
37. Revelando as potencialidades para o cuidar no contexto da Atenção Básica
38. Compreendendo cada território como um universo para o cuidado

Organizando o serviço e estabelecendo o fluxo de cuidado para a pessoa com Dor Lombar Crônica

A principal forma de acesso acontece através das ações de acolhimento realizadas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos das equipes de ESF, sendo que na maioria das equipes, os casos de DLC costumam ser direcionados para as “consultas médicas”, pois este profissional é reconhecido pela equipe pela sua capacidade de diagnóstico (identificação da causa de DLC) e por ser o único habilitado para prescrição de medicamentos. Outra forma de acesso menos frequente, mas em ascensão, ocorre através da busca espontânea pelos grupos para dores na coluna e/ou atividade física, que ocorre quando as pessoas são informadas sobre essa atividade ou estimuladas por outros usuários com as mesmas queixas que já participam das atividades em grupo:

[...] Quando tem paciente com dor lombar, eu peço para que ele venha no acolhimento com a médica da equipe. A médica da equipe vai então orientar [...] (Pr17-agente de saúde)

Os principais serviços disponibilizados na ABS para as pessoas com DLC são: consultas médicas, Grupos de Dores Crônicas; Grupos de atividade Física (AF); serviços (consultas ou grupos) que utilizam práticas integrativas complementares (PICs), e consultas com

profissionais do NASF. Embora a dinâmica de acolhimentos favoreça diferentes configurações de fluxos de serviços, a centralização do cuidado no profissional médico ainda prevalece na maioria das unidades, fazendo com que este profissional seja o principal responsável por encaminhar os usuários para os diferentes serviços da ABS e também para outros níveis de atenção:

Porque quando a gente chega numa unidade que nunca teve nada de grupo de coluna, nunca teve fisioterapeuta nessa unidade eles acham: "Não, mas esse paciente tem que marcar uma consulta com o médico para o médico avaliar ele e, daí sim, o médico prescreve a fisioterapia", isso tem mudado bastante! (Pr13-fisioterapeuta)

Se a pessoa tem dor nas costas, aí tem que consultar né, a gente indica que venha consultar com o médico, porque pode tanto não ser nada como ser uma coisa grave. (Pr18-agente de saúde)

O fluxo de encaminhamentos (médicos e de outros profissionais) ocorre principalmente para os grupos de dores crônicas, que é considerado atualmente o principal serviço disponibilizado pela ABS para pessoas com DLC e reconhecido pelos profissionais como espaço tanto para promoção e educação em saúde (orientações), como para outros cuidados. Muitas pessoas com queixas de dor na região lombar também são encaminhadas para os grupos de atividade física que são promovidos em cada unidade e alguns participam simultaneamente dos dois grupos (Atividade Física e dores crônicas):

[...] mas como a gente tem um grupo de autocuidado voltado para a dor na coluna e o grupo prático de postura. Então, a gente, geralmente, leva para esses grupos o nosso fluxo. (Pr9-profissional de educação física)

Então, a maior parte dos meus pacientes, eu encaminho para os grupos de atividade física! Mas os que têm mais dores, mais queixas, eu também encaminho para o grupo de postura. (Pr4-médico)

A maioria das unidades também procura ofertar terapias complementares (principalmente acupuntura), constituindo mais uma modalidade para encaminhamento de pessoas com DLC. Embora a utilização das PICs tenha crescido bastante nos últimos anos, principalmente com a capacitação de muitos profissionais da ABS, a capacidade de oferta do serviço ainda é pequena, limitando os encaminhamentos:

Por exemplo, a gente tem médicos que trabalham com fitoterapia, com homeopatia, aí depende, né? Aqui, no caso, a gente pretende usar acupuntura. E tem a auriculoterapia também [...] Então [...] varia de Unidade para Unidade, né? (Pr4-médico)

Como a acupuntura, por exemplo, seria uma alternativa, né? Seria mais uma alternativa para esses pacientes. Mas a gente não tem na nossa unidade ainda. Não tem nenhum local que eu possa referenciar [...] (Pr10-fisioterapeutas)

Em situações ocasionais (e não muito frequentes), considerando que existem outros fatores associados a dor lombar, alguns casos são encaminhados para consulta com profissionais do NASF, tais como: nutricionista, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Mas, não constituem serviços estabelecidos dentro do fluxo de encaminhamentos, sendo uma alternativa utilizada esporadicamente.

Quando a pessoa tem sintoma depressivo, também já encaminhei para o psiquiatra, até! E também para o psicólogo. Porque, às vezes, a pessoa toma milhares de remédios e nenhum funciona [...] (Pr4-médico)

Já precisei encaminhar para a nutricionista e para a psicóloga. Porque às vezes a pessoa precisa perder peso, para melhorar da dor. (Pr5-médico)

Os principais serviços da média complexidade que são referenciados pelos profissionais da AB nos casos de DLC são: exames de diagnóstico por imagem, ortopedia e fisioterapia. A solicitação de

exames para diagnóstico por imagem e os encaminhamentos para o serviço de ortopedia na policlínica são realizados geralmente pelos médicos da ESF. Embora esses profissionais compreendam a necessidade de evitar exames e encaminhamentos desnecessários, o olhar fragmentado e focado no processo “dor = lesão” torna o raciocínio diagnóstico centrado apenas nas causas mecânicas degenerativas, implicando na necessidade de exames de imagem para confirmação diagnóstica das lesões e na valorização do cuidado realizado por especialistas (ortopedistas, fisioterapeutas), em detrimento da sua própria visão generalista:

Eu não costumo pedir raio-X para todo mundo, especialmente para aqueles que eu já vejo que é contratura muscular clara. Mas, se tiver alteração radiográfica que sugira uma espondilolistese, alguma coisa desse tipo, eu costumo encaminhar para o especialista. (Pr1-médico)

Eu tenho pacientes que o exame de ressonância é uma catástrofe. Então, eu mando para o ortopedista, porque ele tem uma visão, um olhar mais aguçado, né? Para tentar ver o que é o melhor, para o paciente, assim. Às vezes, tem uma medicação que é mais potente, enfim. (Pr4-médico)

Revelando os papéis e a interação entre os profissionais da Atenção Básica para o cuidado às pessoas com Dor Lombar Crônica

O preparo do profissional através da formação profissional e das experiências obtidas no exercício da profissão constitui o principal conjunto de conhecimentos e concepções que os profissionais utilizam para construir sua visão de cuidado e prática profissional. Além das fragilidades dos cursos de graduação na formação de profissionais para atuação na perspectiva da AB, os participantes também relataram fragilidades na abordagem da dor crônica (tanto na formação profissional, como nos cursos e capacitações para o trabalho na Atenção Primária), sendo a mesma pouco abordada ou vista de forma fragmentada. Em função da carência de conhecimentos sobre a DLC e

sobre a AB na sua formação profissional, buscaram construir o cuidado através da troca de saberes e ações de educação permanente:

Quando eu fiz medicina, não me lembro de ter sido tratada assim, como dor crônica, haviam as especialidades e cada um na sua caixinha. (Pr6-médico)

A gente falava um pouco na especialização sobre quais os focos de atenção hoje no Brasil, esse negócio da tripla carga de doenças, das doenças crônicas não transmissíveis, dentro das doenças crônicas não transmissíveis era mais para falar das cardiopatias, da diabetes, desse enfoque maior, mas não de dor crônica. (Pr11-fisioterapeuta)

Foi muita troca [de conhecimento] entre os profissionais. Os saberes de cada profissional, de cada área. E a gente conseguiu montar o cuidado baseado nisso. Mas não existe capacitação. (Pr8-fisioterapeuta)

Embora os casos de DLC sejam frequentemente acolhidos pelas equipes de ESF, a mesma é compreendida pelos profissionais dessas equipes, como uma condição específica que deve ser cuidada por especialistas e alguns profissionais consideram ainda como uma condição “corriqueira”, mas não prioritária para as equipes, direcionando os casos para matriciamento com o intuito de encaminhar para outros serviços gerenciados pelos profissionais do NASF:

Quando atendemos esse paciente (com Dor Lombar Crônica) e a gente acha interessante encaminhar para a fisioterapia, a gente tem essa tabela que insere esse paciente, faz o encaminhamento, e coloca para conversar sobre ele no dia do matriciamento, pois a gente tem um horário com o físico e com a educadora física. (Pr16-enfermeiro).

Nesse estudo os profissionais das Equipes ESF mais envolvidos no cuidado das pessoas com DLC foram: Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Médicos. O enfermeiro possui um papel fundamental dentro das equipes de ESF, pois é reconhecido como o

principal articulador das ações, pois além do contato próximo com o médico, também supervisiona diretamente o trabalho dos técnicos e agentes de saúde. Alguns profissionais também o reconhecem como uma das principais portas de entrada, pois uma grande parcela de usuários e/ou situações chegam primeiramente para esse profissional, sendo os primeiros a acolher e ouvir as queixas dos usuários na demanda espontânea, e em algumas equipes, possuem autonomia para avaliar as necessidades das pessoas com DLC, discutir e encaminhar para outros profissionais do NASF e realizar as primeiras orientações para o cuidado:

Principalmente pela agenda de demanda do médico. Então, eu vejo o enfermeiro a pessoa chave dentro da equipe, às vezes mais até que médico porque ele entra em contato mais próximo com o agente comunitário de saúde, ele tem contato com o médico enfim, e acaba sendo esse grande articulador da equipe. (Pr8-profissional de educação física)

Elas são a porta de entrada, na verdade. Eles não chegam diretamente no médico. Passa sempre por elas. Se não estiver agendado. Se não tiver consulta agendada, qualquer pessoa que chega na Unidade e precisa de atendimento e não está com consulta agendada, passa pelas enfermeiras” (Pr5-médico)

Então, depende de como funciona aquela ESF, quando é muito médico centrado, a gente não tem tão forte assim esse encaminhamento e, quando as atividades são bem distribuídas entre os profissionais e que a gente vê consulta de enfermagem forte, a parte do acolhimento da enfermagem é forte, e a gente também recebe encaminhamentos delas. (Pr9-profissional de educação física)

O papel dos agentes comunitários de saúde é considerado como fundamental para alguns profissionais das equipes, pois os mesmos podem orientar as pessoas a buscarem o cuidado e divulgam os serviços que a unidade oferece; servem como elo entre a comunidade e a equipe, trazendo demandas de queixas e dificuldades de vida diária que as

pessoas têm por causa da DLC e contribuem com as equipes com informações sobre o contexto do paciente. Já na visão dos outros profissionais da AB, esse papel ainda é restrito, pois os agentes ainda estão focados no cadastramento das famílias e seus marcadores de saúde (que não inclui dor crônica), mas parece estar ampliado quando as equipes os envolvem em todas as atividades, inclusive nas atividades de educação permanente:

Sim, as agentes comunitárias de saúde, a gente fala que é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Porque elas estão em contato direto com a comunidade, a maioria reside realmente na área de abrangência e tem um olhar mais qualificado por conhecer aquele morador, por estar perto e por conhecer não só o usuário quando procura o serviço, mas como é o domicílio, como são as relações lá no ambiente dele, familiar. Isso facilita assim a nossa visão, ajuda muito a nossa visão (Pr14-enfermeiro)

Vai depender muito do enfermeiro, porque ele que é o chefe dessa parte das agentes de saúde, da cobrança de trabalho, do que as agentes de saúde precisam realmente fazer, quais são as visitas que eles tem que fazer, se o trabalho delas fica sendo mais visitar os acamados e entregar as consultas, saber qual que é o foco delas ali. (Pr11-fisioterapeuta)

Sim, nós fazemos o cadastramento da população, mas sobre dor crônica não. Nós temos se a pessoa tem algum problema físico aí tem, de deficiência. A gente coloca de locomoção, cadeirante, isso a gente tem, mas de dor crônica não. (Pr18-agente de saúde)

Nos casos de DLC, os médicos das equipes de ESF são os principais responsáveis por determinar o diagnóstico clínico (solicitação de exames), prescrever medicações e fornecer atestados médicos, e por isso, na maioria das unidades, suas atividades são centradas nas consultas médicas. Já o papel do médico na definição da conduta terapêutica/plano de cuidado depende da relação que o mesmo desenvolve com sua equipe. Nas equipes onde o cuidado e decisões

sobre os casos é centrada nesse profissional, o mesmo é o principal responsável por definir as estratégias terapêuticas e os encaminhamentos. Já, em outras equipes, o mesmo compartilha essas funções com os outros integrantes de sua equipe (principalmente o enfermeiro), e também com os profissionais do NASF:

Eles (pessoas com DLC) sabem que o atestado, ou de repente um medicamento, eu não vou conseguir, mas uma orientação [...] Eles querem saber se é grave, se não é. Essas coisas a gente consegue avaliar. E quando o caso, a gente percebe que precisa de uma avaliação, a gente tem uma abertura bem grande com o médico da equipe e a gente faz interconsulta. (Pr14-enfermeiro)

Eu peço para que ele (pessoa com DLC) venha no acolhimento com a médica da equipe. A médica da equipe vai então orientar ele para ele vir no grupo (Pr17-agente de saúde)

O NASF é considerado na estrutura da Atenção Básica, como uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem apoiar os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando seus saberes específicos e construindo conjuntamente com os mesmos, as práticas de saúde para a população sob sua responsabilidade. Embora esse conjunto de profissionais constitua uma equipe, as observações nas unidades e os relatos das entrevistas evidenciaram mais as ações individuais que cada profissional desempenha no cuidado da DLC (ou juntamente com as equipes de ESF), sendo eventuais as ações como **equipe NASF**, e priorizando atividades para organização e estruturação geral e/ou para educação continuada/permanente (mas temáticas como a dor crônica não costumam ser abordadas):

Ela [reunião geral das equipes NASF] tem alguma parte de formação, capacitação de alguns temas e a gente acaba trabalhando algumas questões burocráticas. E alguma coisa de capacitação, assim. Mas em dor crônica, nunca teve. Não que

eu tenha participado (Pr8-profissional de educação física)

Entre os profissionais que compõe a equipe NASF, os fisioterapeutas e profissionais de educação física se destacam no cuidado de pessoas com DLC, pois os mesmos são frequentemente solicitados pelas equipes de ESF para o matriciamento dos casos, auxiliam na construção de projetos terapêuticos para essas pessoas e participam ou coordenam as principais atividades voltadas para dores crônicas. Outros profissionais do NASF também participam do cuidado de DLC, mas apenas esporadicamente, quando sua participação é solicitada pelas equipes de ESF, ou pelos profissionais acima citados.

Os profissionais fisioterapeutas se preocupam com o papel que desempenham, pois não consideram que os casos de pessoas com DLC deva ser centrado em sua atuação, e entendem que são parte de uma equipe que precisa trabalhar conjuntamente para ofertar um cuidado integral a essas pessoas. Por isso procuram orientar os profissionais sobre os fluxogramas, critérios e classificações de prioridades para serviço de fisioterapia e esclarecer para as equipes sobre o perfil dos usuários com DLC que podem ser cuidados na própria AB:

Minha intenção é que a gente consiga não pensar na questão da dor crônica como um problema, assim como hipertensão e diabetes, que é para a equipe básica como um todo, que fosse tratado com todo mundo e não fisioterapeuta centrado, vamos dizer assim. [...]. E a questão da dor crônica é uma coisa muito "ah, tem que passar com fisioterapeuta"! Então, eu não vejo assim, é uma coisa que a gente tem que conseguir consolidar! (P13-fisioterapeuta)

[...] quando chega um médico novo eu gosto de sentar com ele para explicar como é que as coisas funcionam, explicar quais são as atividades que a gente faz na atenção primária, quais são as atividades da atenção secundária, qual é o cuidado que a gente tem de tentar dar bastante atenção e acesso na atenção primária, e mandar para a atenção secundária somente os casos prioritários. Eu passo para eles o que são prioridades para a

gente, quais são as situações de alerta, em geral, eu deixo com eles o fluxograma, para que eles tenham isso na gaveta para que eles possam consultar em algum momento (Pr11-fisioterapeuta)

O papel do profissional de educação física no cuidado das pessoas com DLC está relacionado com as ações que desenvolve conjuntamente com o fisioterapeuta (grupos de autocuidado) e também como o profissional que desenvolve ações de saúde que estimulam a adoção de hábitos de vida, como os grupos para prática de atividade física. Como são conhecidos pelas equipes por atuarem em conjunto com o fisioterapeuta nos casos de DLC e por estarem mais presentes nas unidades em função da sua carga horária, também costumam ser solicitados pelas equipes de ESF para acolher e orientar pessoas com DLC:

E tem aquela coisa, assim. Muitas vezes eles encaminham porque eu estou mais disponível, acabo tendo que abraçar todo mundo, né! Aí eu faço consulta individual [...] e para aliviar a dor [...] pode ser feito um alongamento passivo, muitas vezes assim. Aí dou o folder lá, de como alongar, dou uma orientação rápida. E vejo se a pessoa tem condições de ir para uma academia ou para algum atendimento mais especializado. (Pr7-profissional de educação física)

Embora cada profissional da AB tenha seu papel no cuidado, os mesmos consideram que para efetivar o cuidado de pessoas com DLC na Atenção Básica é necessário que todos atuem como uma só equipe. Na visão dos participantes do estudo os caminhos que levam ao trabalho em equipe preconizado pelos princípios da Atenção Básica, perpassam por ações como: discussão e construção conjunta das ações de cuidado, troca de saberes, compartilhar a responsabilidade do cuidado, e apoiar as ações realizadas por outros profissionais da equipe.

Ainda que os participantes destaquem sua atuação em equipe como um dos aspectos favoráveis do trabalho desenvolvido, eles também citam algumas fragilidades que apontam ainda a segmentação do trabalho por especialidades ou equipes, tais como: o

desconhecimento sobre o funcionamento de algumas ações e recursos disponíveis e divergência nas informações repassadas aos usuários. Em contrapartida, reconhecem que a interação e sinergia do trabalho em equipe pode auxiliar no cuidado, mas para que isso aconteça, é necessário a construção conjunta do cuidado e compartilhar da mesma visão sobre o processo de cuidar:

Eu não sei que orientações estão sendo passadas (refere-se aos grupos), não sei se as minhas orientações podem estar batendo com aquelas orientações e eu acho que isso é um problema! (Pr6-médico)

A gente precisa uniformizar mais o discurso porque por enquanto o discurso está muito entre nós do NASF, está muito comigo, muito com a profissional de Educação Física e com a agente comunitária de saúde que participa junto com a gente nas atividades, e pouco com os outros profissionais [...]. Assim, a gente ainda não conseguiu democratizar essa linha que a gente segue. A gente ainda não conseguiu fazer com que o médico tenha esse discurso, que o enfermeiro tenha esse discurso, que todo mundo tenha o mesmo discurso, por enquanto o discurso deles é "fala com a fisioterapeuta, fala com a profissional de Educação Física". (Pr11-fisioterapeuta)

[...] o que eu sinto é que fica isolado, assim. Eu faço plano terapêutico do fisioterapeuta, o médico o plano terapêutico do médico, na visão do médico. Aí fragmenta o paciente quando ele devia ter um atendimento conjunto. Uma visão conjunta. (Pr12-fisioterapeuta)

Quando as equipes não falam a mesma linguagem se propagam informações desencontradas sobre o serviço, deixando os usuários inseguros e confusos sobre como devem agir em relação ao seu cuidado e interferindo na adesão dos mesmos nas atividades propostas, como nos casos em que as equipes de ESF encaminham para os grupos sem explicar que não se trata de fisioterapia convencional:

Isso é uma das coisas que mais limita o nosso grupo. Quando a pessoa tem essa noção [sobre a finalidade do grupo] a adesão dela é muito maior, mas quando não tem esse contato com a ESF, que a ESF simplesmente encaminhou para a fisioterapia sem fazer uma orientação ou antecipando quais são os objetivos do grupo, qual é a ideia do grupo, isso se perde, ela vem no primeiro encontro a gente faz aquela avaliação, mas a adesão a parte prática já é diminuída (Pr9-profissional de educação física)

Para os profissionais a concretização de uma atuação em equipe em que todos os profissionais trabalhem em sintonia depende também do tempo em que os profissionais dispõem para atuarem juntos, para possibilitar a formação de vínculo, a troca de saberes, o afinamento entre as ações e o estabelecimento de confiança no trabalho dos pares:

[...] Agora, como é que a equipe inteira fala a mesma língua? Eu acho que vai ser uma coisa de aprendizado com o tempo. É um aprendizado que a gente vai construir em conjunto, eu acho que é com o tempo. E com o casamento de interesses, à medida que começa a trabalhar nessa área pessoas que estão capacitadas para trabalhar nessa área. É diferente quando você pega profissional que tem a visão de Atenção Básica e quando não tem! (Pr12-fisioterapeuta)

E aqui também no dia a dia assim, a gente acaba conversando com o médico ou com o próprio fisioterapeuta e educadora física [...]. A gente acaba conversando, trocando ideias e aí acaba ajudando nessa orientação e nesse atendimento. Eu acho interessante, porque vem muitas pessoas com DLC. (Pr16- enfermeiro)

A percepção dos participantes sobre a corresponsabilidade dos profissionais enquanto equipe é divergente. Enquanto alguns profissionais relatam que suas equipes compartilham a responsabilidade pelo cuidado, outros profissionais apontam fragilidades nesse processo tais como: a transferência do cuidado das equipes ESF para alguns

profissionais do NASF e o número reduzido de profissionais das equipes NASF envolvidos no cuidado:

Eu acho que falta é esse critério quando você faz o matriciamento. Dessa responsabilidade não ficar só no fisioterapeuta. Essa responsabilidade ser dividida com o grupo. Principalmente porque é equipe que teoricamente conhece melhor o paciente. Eu venho aqui enquanto NASF dar suporte para aquela equipe, eu não conheço o paciente. Eu conheço ali uma patologia, um agravo, uma dor nas costas. Mas eu não acompanhei longitudinalmente esse paciente. Então, teoricamente era uma responsabilidade de uma porcentagem até maior da equipe decidir isso também. Isso acaba ficando na mão do fisioterapeuta. (Pr12-fisioterapeuta)

A gente está engatinhando ainda. Eu acho, em relação a isso. Até porque tem ainda uma cultura de que "Ah, é com o nutricionista agora", "Ah, é com o fisioterapeuta agora, não é mais meu". Isso tem na cabeça dos profissionais, sabe? A gente tenta não trabalhar dessa forma, mas é muito difícil. (Pr15- enfermeiro)

No cuidado das pessoas com DLC, o trabalho em equipe também implica em apoiar todas as ações e serviços ofertados pela AB. Na visão dos participantes, “apoiar” a equipe não implica somente em encaminhar o usuário para os serviços ofertados pela AB, mas estimular a participação das pessoas com DLC nesses serviços, bem como reforçar os cuidados orientados por outros profissionais da equipe e participar, mesmo que esporadicamente, dessas atividades. A participação nas atividades realizadas por outros profissionais da equipe auxilia na adesão e participação das pessoas com DLC, pois as mesmas se sentem mais seguras quando percebem que os profissionais de sua confiança apoiam e participam das atividades recomendadas:

Então a gente faz o atendimento e eles mesmos [médicos] direcionam "Ó, tua próxima consulta

vai ser com o enfermeiro". Então, isso qualifica também o nosso atendimento. Porque o paciente acaba nos enxergando como um profissional capaz de prestar aquele atendimento e com qualidade. (Pr14-enfermeiro)

Na Coloninha a gente tinha uma médica que participava do nosso grupo e a adesão era outra. Principalmente porque ela falava e marcava "oh tal dia a gente vai trabalhar isso aqui e eu vou estar lá junto com vocês". Ela ficava junto com a gente e nos auxiliava nas orientações trabalhadas, era bem interessante. Era sempre uma adesão bem grande porque ela entendia como importante e ela participava realmente do grupo. (Pr9-profissional de educação física)

Cuidando da pessoa com Dor Lombar Crônica no contexto da Atenção Básica

O uso dos serviços da AB pelas pessoas com DLC não é recente, mas a construção de um modelo de cuidado vem sendo estruturada, desde a inserção dos fisioterapeutas nas equipes do NASF, em 2012. Através do levantamento dos usuários de cada UBS que aguardavam em fila de espera pelo atendimento fisioterapêutico, foram identificadas as condições clínicas com maior número de casos, sendo que casos de DLC era uma das condições mais frequentes. Em função dessa demanda e com o intuito de “zerar” as filas, os fisioterapeutas se tornaram responsáveis pela regulação dos encaminhamentos para a fisioterapia e conjuntamente com os profissionais de educação física foram estimulados pelas equipes, estruturar nas unidades de saúde, ações e atividades voltadas para pessoas com dor crônica:

Comecei trabalhando na policlínica por seis meses, a gente foi pioneiro de entrar aos poucos na atenção primária e desenvolver essas atividades na atenção primária. A gente está no começo ainda, a gente já esteve bem mais longe. A gente começou, em 2012, um projeto piloto aqui no

continente de conhecer as filas de espera dos centros de saúde. (Pr13-fisioterapeuta)

Como a fisioterapia era uma demanda muito grande, começaram a analisar a fila de espera nos centros de saúde e por causa do número de casos, o nosso trabalho ficou um pouquinho mais voltado para dor crônica. (Pr9-profissional de educação física)

Os profissionais buscam desenvolver ações que não envolvam apenas medidas terapêuticas, mas também de educação em saúde com o objetivo de cuidar e ao mesmo tempo estimular a participação das pessoas no cuidado e adoção de hábitos saudáveis que podem auxiliar no controle da dor crônica:

Mas, antes de chegar ao especialista, que seria o educador físico, o fisioterapeuta, ou que seja, um ortopedista, dependendo da situação, é feito também o atendimento para evitar que chegue nesse especialista. Então, é feita intervenção, essa intervenção que pode ser, sim, orientações em relação à postura, em relação à dor, em relação aos cuidados preventivos. (Pr14-enfermeiro)

Então, a gente também tem a consciência de que a Educação em Saúde é aos poucos e que você tem que se alegrar com pequenas mudanças nos hábitos. Se a pessoa veio aqui e ela não melhorou a dor, mas ela já consegue dormir de outra maneira. A gente já deu um pequeno passo, né? Então, a gente tenta entender que a Educação em Saúde é aos poucos e que é importante e que tem que ser um trabalho contínuo para que, daqui a pouco, as pessoas consigam entender a importância disso na vida delas, né? (Pr7-profissional de educação física)

Nesse sentido, percebe-se que os profissionais entendem que a proposta da Atenção Básica para as pessoas com DLC está alicerçada no princípio da integralidade, considerando que o cuidado não abranja somente a resolução do quadro clínico (dor e incapacidade), mas

também envolva ações de prevenção da DLC enquanto condição crônica, e promoção da saúde das pessoas que convivem com essa condição.

[...] e pensar outras formas de estar trabalhando com esse cuidado e essa dor. Não necessariamente fazer atendimento com o profissional de educação física ou com o fisioterapeuta. Por exemplo, poder dar orientação em relação aos hábitos saudáveis, a uma atividade física, que é prevenção e promoção da saúde. (Pr14-enfermeiro)

Eu acredito que começa com a parte de prevenção, promoção de saúde e, também, o tratamento. Dentro da Atenção Básica a gente consegue entrar nesses 3 campos, né? Então, é, desde a parte de uma atividade física regular, o cuidado com os hábitos, o cuidado longitudinal com a saúde... (Pr7-profissional de educação física)

Embora reconheçam a potencialidade da proposta de cuidar no contexto da AB, a complexidade para atingir a integralidade do cuidado é refletida nas limitações em algumas dimensões, como as ações de prevenção que ainda são incipientes e centradas apenas nas pessoas que buscam o cuidado para a DLC, tornando-se ações para prevenir o agravamento dos sintomas e não necessariamente para prevenir o surgimento de novos casos de DLC:

De prevenção de dor lombar eu acho que só temos o grupo de caminhada, é o que a gente tem de grupo de prevenção de dor lombar. É ali que a gente tem algo de prevenção de dor lombar porque ele dá bastante conta de prevenção de dor. (Pr11-fisioterapeuta)

Entre as **potencialidades** da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com DLC os participantes destacaram: o acesso facilitado aos serviços, o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado e o ambiente dinâmico para o cuidado. O acesso aos serviços da AB é facilitado pela estratégia de vinculação da população às equipes e pelo princípio de

manter “portas abertas” para acolher os usuários. Além disso, o fato de diferentes ações e serviços serem disponibilizados por profissionais que trabalham no mesmo espaço físico, facilitando os encaminhamentos e a continuidade do cuidado contrasta com as dificuldades em acessar os serviços de outros níveis de atenção, que são reconhecidos pelas longas filas de espera:

A gente fala em "portas abertas", porque a intenção é que as pessoas possam entrar no consultório da médica para tirar uma dúvida ou ela pudesse entrar no meu consultório e a gente pudesse discutir casos com o paciente de portas abertas, o que é um pouco mais difícil de acontecer na média complexidade (Pr13-fisioterapeuta)

Em geral eles confiam na gente. Ao menos é isso que eu percebo. Ficam aguardando muito tempo também para outros procedimentos (serviço especializado). Então, por exemplo, questão de afastamento por doença [...] o paciente precisa vir aqui, porque ele não consegue retornar no ortopedista com a frequência necessária para reavaliação e reconsideração do afastamento ou não. A gente faz (Pr3-médico)

Os profissionais reconhecem que o trabalho em equipe é um grande diferencial da AB para lidar com condições multideterminadas como a DLC, pois a possibilidade de interagir com outros profissionais de diferentes formações e especialidades amplia o olhar sobre o usuário e sua condição, potencializando possibilidade de ofertar um cuidado na perspectiva da integralidade:

Então, muitas vezes a gente esbarra numa barreira de que "Ai eu consigo ir até aí, o fisioterapeuta consegue ir até aqui" e não dá para ir mais porque tem a questão da grana, tem a questão do entendimento, são muitos analfabetos. Então, por mais que tu tentes fazer entender, tem essa dificuldade. Na reunião de equipe, a gente consegue dividir esse peso. Porque às vezes a dor crônica ela está dentro do paciente que está

desempregado, passando fome ou que bate na mulher. Ela está junto de um monte de coisa. (Pr15-enfermeiro)

Outra potencialidade para o cuidado é o contexto dinâmico da AB, modificando-se e experimentando novas configurações de grupos de autocuidado, sistematizações do processo de trabalho (acolhimento, agendamento de consultas) e ou ampliando e incorporando novas atividades como a crescente implementação dos serviços de práticas integrativas.

Eu acho que é o que a gente está tentando mudar, né? Dessa forma que a gente tá tentando. Cada vez mais, associar com outros profissionais, com educador físico ou nutricionista, para dar um atendimento mais amplo, para dar um enfoque mais amplo, que a gente sabe que a dor lombar, ela não tem só uma raiz, ela tem várias. (Pr10-fisioterapeuta)

No formato de grupo que a gente está fazendo agora a gente reduziu a quantidade de informação e parece que você consegue trabalhar melhor! [...] quando a gente fez a reformulação para esse outro tipo de grupo, que a gente está trabalhando desde final de setembro, eu acho que melhorou muito (Pr11-fisioterapeuta)

Embora as premissas da Atenção Básica sejam o fio condutor para o trabalho das equipes de saúde, as unidades são diferentes entre si, com diferentes configurações de rotinas e organização do processo de trabalho em cada unidade. Em relação ao cuidado da dor lombar crônica, perceberam-se diferenças nas formas de acolhimento, na variedade de serviços oferecidos, na estruturação dos grupos de autocuidado e também na construção de redes comunitárias para ampliação do cuidado. As diferenças encontradas também se relacionam com a singularidade do contexto local onde cada unidade de saúde está estabelecida, que influencia a estruturação do cuidado em

função das diferentes características da população e das interações com a comunidade:

Mas acontece, varia muito de cada área e da abordagem de cada profissional. Tem áreas que fazem esse matriciamento mais próximo do que a teoria preconiza. Tem áreas que são bem distantes. (Pr12-fisioterapeuta)

Este bairro tem uma vantagem. Aqui é um lugar em que as pessoas adotam atividade física. Porque tem o parque, porque tem muita gente que faz, os vizinhos fazem [...] Têm várias academias que são próximas. Então, aqui é um lugar que eu vejo mais isso acontecer (refere-se à adesão aos grupos de atividade física propostos pela unidade). (Pr5-médico)

DISCUSSÃO

O cuidado de pessoas com dores crônicas como a DLC tem sido historicamente considerado como responsabilidade dos serviços especializados, em função das concepções reducionistas sobre o processo saúde/doença e a lógica de cuidar que valoriza o conhecimento específico e a fragmentação do cuidado. Ao analisar o cuidado sobre a perspectiva do pensamento complexo, percebe-se nesse estudo a importância do contexto histórico em que o cuidado foi inserido, tendo sido implementado para atender à proposta de descentralização preconizada pelo SUS, e como resposta às demandas da população para diminuir as longas filas de espera para os atendimentos na atenção especializada, através da regulação dos casos encaminhados ao serviço especializado. O Pensamento Complexo na perspectiva de Morin (2011), considera que ainda se vive sob o paradigma da simplificação, onde imperam os princípios de disjunção, de redução e abstração. Esse paradigma se revelou presente nas concepções dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, sobre o fluxo de cuidado estabelecido nas unidades e em relação aos encaminhamentos, através de uma visão isolada e reducionista da dor crônica como objeto de cuidado, transferindo essa “parte” do processo de cuidar aos profissionais especialistas do NASF e da Média Complexidade.

Ao examinar o acesso e os fluxos de cuidado no âmbito da AB, constatou-se que o cuidado é centrado apenas nas pessoas que apresentam condição crônica da dor lombar e poucas ações de prevenção são realizadas com o intuito de prevenir novos casos de pessoas com dor lombar e/ou cronificação dessa condição. E embora nesses casos, as equipes e profissionais estejam avançando para um processo de trabalho que vise a coparticipação e construção conjunta de planos de cuidado que enfoquem promoção de saúde, o cuidado ainda é centrado na conduta médica e nos grupos de autocuidado desenvolvido por fisioterapeutas e profissionais de educação física.

Alguns estudos (SOUZA et al., 2008; SILVA et al., 2015), também apontam a predominância na AB, do trabalho em saúde com moldes tradicionais, centrados na consulta médica. Viegas e Penna (2013) salientam que embora a Estratégia de Saúde da Família represente um novo modelo assistencial com uma visão ampliada sobre o cuidado abrangendo a promoção, prevenção, cura e reabilitação, a mesma ainda não conseguiu alcançar seus objetivos, pois a assistência, em várias realidades, ainda se fundamenta no modelo médico/centrado, com enfoque na doença.

Os fisioterapeutas e profissionais de educação física são as categorias profissionais do NASF, que as equipes de ESF contam para o apoio nos casos que consideram ser específicos para essa especialidade, pois entendem que estes profissionais estão mais habilitados para cuidar de queixas relacionadas à dor de origem músculoesquelética e incapacidade funcional. Os casos de DLC se encaixam nesse grupo e por isso são selecionados para o matriciamento ou simplesmente encaminhados para esse profissional.

Já em relação ao referenciamento para média complexidade, predominam os encaminhamentos para exames de diagnóstico por imagem, consultas com ortopedistas e para o serviço fisioterapia. Os mesmos também refletem que a presença da lógica curativista e especializada sobre o cuidado ainda é utilizada pelos profissionais para estruturação do cuidado. De acordo com Severo e Seminiotti (2010), modelos assistenciais que focam na doença, costumam privilegiar a detenção de maior poder/saber de determinadas especialidades nos processos de atenção à saúde (como a medicina e a fisioterapia em função dos recursos e tecnologias para diagnóstico e tratamento).

A visão reducionista que focaliza apenas as alterações biológicas e prioriza o cuidado especializado, promove um olhar fragmentado sobre o indivíduo e dificulta a compreensão sobre a totalidade das

necessidades de cuidado das pessoas. Morin (2000) ressalta a necessidade de substituir a lógica da causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial que permite conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas, e completa o conhecimento sobre as partes que integram o todo. Esse novo olhar mais abrangente, e que considera a multidimensionalidade das condições crônicas podem favorecer a integralidade do cuidado.

A compreensão de que a DLC é uma condição que necessita ser tratada por especialistas dificulta o envolvimento dos profissionais no cuidado e a integração das equipes de ESF e NASF como uma só equipe. As equipes de ESF desempenham seu papel, acolhendo e propondo uma conduta terapêutica inicial, mas não se responsabilizando pelo cuidado da DLC e/ou monitoramento dessas pessoas. Já as equipes NASF não trabalham enquanto equipe, mas alguns membros, como fisioterapeutas e profissionais de educação física, interagem com os profissionais da ESF para o cuidado da DLC, embora desenvolvam sozinhos as atividades dos grupos voltadas para as pessoas. Ainda em função da grande demanda de atividades, na maioria dos casos de DLC o matriciamento não é realizado conforme preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), e muitas vezes, os usuários são apenas encaminhados para as atividades em grupo.

O apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração das ESF com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento diferentes. Essa estratégia é considerada por Mendes (2012), como uma ferramenta para a aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral ao sujeito.

A integração deve ocorrer a partir das necessidades, dificuldades ou dos limites das equipes de AB diante das demandas e das necessidades de saúde, que buscarão apoio nos profissionais do NASF para o compartilhamento dos problemas e a troca de saberes e práticas e a construção conjunto do cuidado (BRASIL, 2014). Nesse sentido, o apoio matricial configura como uma ferramenta adequada diante da complexidade do cuidado no contexto da ABS, pois atua considerando o movimento dialógico de ordem/desordem inerente aos sistemas e organizações (MORIN, 2010). A integração de múltiplos conhecimentos e a interação e ação dos profissionais para “reordenar” suas ações diante das “desordens”, que se apresentam durante processo de trabalho e no cuidado (dificuldades, limitações, novas demandas), são o movimento necessário para a construção de novos caminhos para o cuidado.

A DLC é considerada uma condição multideterminada, pois a manutenção dessa condição pode ser causada pela interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais (REME et al., 2011). O cuidado dessa condição pode ser considerado como uma realidade complexa, uma vez que não está relacionada apenas ao indivíduo, mas também com as interações que faz com os demais sistemas (cultural, ético, profissional, religioso, educacional, serviços de saúde) e que influenciam a assistência e os resultados em saúde (ERDMANN et al., 2004; ARRUDA et al., 2015).

As percepções dos profissionais em relação ao trabalho em equipe apresentaram contradições. Embora o trabalho em equipe tenha sido considerado como um dos grandes diferenciais da ABS para lidar com condições multideterminadas como a DLC, em função da interação entre diferentes categorias profissionais com possibilidade de um olhar ampliado sobre as pessoas e o cuidado; também foram apontadas algumas fragilidades que dificultam a efetivação do trabalho em equipe e integração das equipes de ESF e NASF. É necessário que os profissionais desenvolvam estratégias para a construção conjunta de ações de cuidado, compartilhem as responsabilidades e busquem ampliar o potencial das equipes através do envolvimento de outros profissionais que ainda não participam dessas atividades, visto que os mesmos podem contribuir com seus conhecimentos para a efetivação de um cuidado que contemple as múltiplas necessidades das pessoas com DLC. Nesse sentido, Arruda et al. (2015) apontam que os profissionais de saúde devem compreender seus papéis e que constituem uma fração de um mecanismo que somente funcionará se todos trabalharem conjuntamente.

As atividades de matriciamento e o trabalho em equipe devem pautar-se no conceito do cuidado transdisciplinar. A transdisciplinaridade propõe a produção discursiva comunicativa horizontalizada (não hierarquizada em termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares (LUZ, 2009). Enquanto a interdisciplinaridade promove o intercâmbio teórico e metodológico, a aplicação de conhecimentos de uma ciência em outra, a transdisciplinaridade, na prática, propõe o rompimento de paradigmas e modelos das disciplinas acadêmicas (PAVIANI, 2008). Pauta-se entre outros referenciais, na teoria da complexidade, ao entender que a totalidade do conhecimento não se esgota na soma das partes, mas se constitui num outro patamar produzindo um novo conhecimento

(ROQUETE et al., 2012), e podendo dessa forma gerar processos de cuidado mais alinhados com a integralidade do cuidado.

Além do trabalho em equipe, outras potencialidades da Atenção Básica para o cuidado de pessoas com DLC se destacaram nesse estudo, como o acesso facilitado aos serviços, e o ambiente dinâmico para o cuidado. O acesso aos serviços da AB se demonstrou facilitado pela estratégia de vinculação da população às equipes e pela estratégia de manter “portas abertas” para acolher os usuários. Além disso, o fato de diferentes ações e serviços serem disponibilizados por profissionais que trabalham no mesmo espaço físico, facilitando os encaminhamentos e a continuidade do cuidado, contrasta com as dificuldades em acessar os serviços de outros níveis de atenção (média e alta complexidade), que são reconhecidos pelas longas filas de espera.

Para os profissionais que participaram do estudo, esse nível de atenção deve ser o “ponto de partida” para o início do cuidado, regulador do acesso aos serviços dos outros níveis de atenção, e oferecer alternativas para o cuidado, que favoreçam aos usuários, o convívio com sua condição crônica e proporcione melhor qualidade de vida. Ainda consideram que as práticas de cuidado não devem abranger apenas medidas para o controle dos sintomas (dor e incapacidade), mas também envolver ações para prevenir a recorrência das crises algícas e para a promoção da saúde. Essas percepções corroboram com os referenciais de Promoção da Saúde e com o princípio da integralidade do cuidado, considerando todas as dimensões (biológica, cultural e social) e orientando as políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades do acesso à rede de serviços (SILVA; SENA, 2008; FRACOLI et al., 2011).

Os conceitos de promoção de saúde e integralidade vão ao encontro do pensamento complexo, ao ampliar a visão sobre o cuidado, considerando os diferentes aspectos que interferem no processo de viver (BUSS, 2003; SILVA; SENA, 2008; SASAKI; RIBEIRO, 2013), e abrangendo não somente as ações curativas, mas também encorajando medidas preventivas e estimulando um estilo de vida que proporcione a manutenção da saúde. Esses conceitos também valorizam a participação e a autonomia das pessoas e reconhecem a liberdade de escolha do cuidado e da saúde que desejam obter, sendo também concordantes com o princípio de recursividade, apresentado através do pensamento complexo (MORIN, 2000; ARRUDA et al., 2015), ao afirmar que as pessoas são ao mesmo tempo produto e ao mesmo tempo produtoras do cuidado. Dessa forma, ressalta-se a importância de inserir os usuários

conjuntamente com profissionais e gestores na construção das ações e práticas de saúde.

Esse estudo apontou o cuidado como resultante do meio no qual está inserido, ao observar que as diferentes concepções e experiências dos profissionais e o contexto social em que cada unidade de saúde está estabelecida, produz diferenças nos serviços e no processo de trabalho; além da dinamicidade para se reformular frente às necessidades, oferecendo novos serviços e formas de organização. Essas características são inerentes aos sistemas/serviços de saúde e tornam cada ambiente como um universo para o cuidado, com suas próprias particularidades e desafios.

A reflexão sobre a organização do cuidado pela ótica da complexidade também auxilia a compreender a característica dinâmica da AB, como a capacidade de se organizar constantemente em função das relações com o mundo exterior (ARRUDA et al., 2015). Essas constantes mudanças na organização do cuidado e processo de trabalho produzem movimentos simultâneos de ordem e desordem. Esse movimento dialógico e circular que envolve continuidade/mudança e tradição/ inovação produz mudanças nas formas de pensar e organizar o cuidado (ERDMANN et al., 2004), e pode auxiliar na transformação das políticas e práticas, avançando na busca de cuidado mais resolutivo e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado das pessoas com DLC na Atenção Básica tem sido estruturado buscando atender os princípios de integralidade do cuidado, propondo não somente ações curativas, mas também ações de promoção e prevenção em saúde; e sedimentando a função da Atenção Básica como reguladora dos casos para os outros pontos de atenção do Sistema. No entanto, as concepções dos profissionais envolvidos, ainda pautadas em um modelo de cuidado centrado na perspectiva biomédica e curativista, interferem na efetivação do trabalho em equipe e na ampliação dos fluxos e ofertas de serviços diante da complexidade exigida pelas pessoas com DLC.

O cuidado de pessoas com Dor lombar Crônica tem sido historicamente considerado como responsabilidade dos serviços especializados, em função das concepções reducionistas sobre o processo saúde/doença e a lógica de cuidar que valoriza o conhecimento

específico e a fragmentação do cuidado. Ao analisar o cuidado, sobre a perspectiva do pensamento complexo, percebe-se, nesse estudo, a importância do contexto histórico em que o cuidado foi inserido, tendo sido implementado como resposta às demandas da população para diminuir as longas filas de espera para os atendimentos na atenção especializada.

Cuidar de pessoas com condições crônicas e multideterminadas como a DLC, no complexo contexto da AB, implica em compreender a existência das relações e interações entre cuidado/profissional/usuário e considerá-las ao planejar e organizar o cuidado. Além disso, as equipes devem buscar na transdisciplinaridade, os caminhos para que os profissionais trabalhem conjuntamente, como uma só equipe, apesar do papel individual que desempenham no cuidado das pessoas com DLC.

Este estudo apresentou como limitações, a realização da coleta de dados restrita a um único distrito sanitário (no município selecionado para o estudo) impossibilitando as inferências para outras realidades, e ainda, reconhecendo a possibilidade de que o cuidado tenha organizações e estrutura diferentes em outros contextos. Nesse sentido, sugere-se para futuros estudos, a ampliação e comparação do cuidado oferecido para pessoas com DLC em outros contextos da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015 .
- BALANGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**. v. 4, n. 379, p. 482-489, feb. 2012.
- BAILLY, F. et al. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study. **Joint Bone Spine**. v. 82, n. 6, p. 437-441, dez. 2015.
- BEAUDREUIL, J. et al. Chronic low back pain: Economic impact in the patient perspective (LombEco 1). In: **Annals** 27th Congress of Physical And Rehabilitation Medicine, França, 2012.

BENER, A.; DAFEEAH, E.E.; ALNAQBI, K. Prevalence and correlates of low back pain in primary care: what are the contributing factors in a rapidly developing country. **Asian Spine Journal**. v. 8, n. 3, p. 227-236, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-37.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. 2. ed. Sage Publications, 2013.

COSTA, L.C. et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. **BMJ**, v. 339, p. b3829, 2009.

ERDMANN, A.L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000400016&lng=e>. Acesso em: 12 jul. 2013.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

GORE, M. et al. The burden of chronic low back pain clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine**, v. 37, n. 11, p. E668-E677, may 2012.

HENSCHKE, N. et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. **BMJ**, v. 337, p. a171, 2008.

HOY, D. et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis Rheum**, v. 64, p. 2028-2037, 2012.

_____. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 73, p. 968-974, 2014. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428

LUZ, M. Complexidade do Campo de Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sóciohistórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

MATA, M.S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a forma, reformar o pensamento**. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

_____. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade: conceitos e distinções**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2008.

REME, S. E. et al. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. **European Journal of Pain**, v. 15, n. 10, p. 1075-1080, Maio 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2011.04.012/full>>. Acesso em 15 mar. 2013.

ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da

saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 2, n. 3, p. 463-447, set./dez. 2012.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, jul./set. 2013.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, Jun. 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, G.G.; SIRENA, S.A. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 123-133, jan./mar. 2015.

SOUZA, E.C.F.C. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, L.; FRANK, A.O. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. **Disability and Rehabilitation**. v. 33, n. 4, p. 310-318, 2011.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.133-141, 2013.

WYNNE-JONES, G.; DUNN, K.M.; MAIN, C.J. The impact of low back pain on work: a study in primary care consultants. **Eur J Pain**. v. 12, n. 2, p. 180-188, 2008.

6.4 MANUSCRITO 3 - PERFIL DOS USUÁRIOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E O CUIDADO OFERTADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS.

PERFIL DOS USUÁRIOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA E O CUIDADO OFERTADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS.

PROFILE OF USERS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN AND THE CARE OF PRIMARY CARE: A MIXED METHODS STUDY

PERFIL DEL USUARIO COM LA CRÓNICA DOLOR LUMBAR Y EL CUIDADO EM LA ATENCIÓN PRIMARIA: UM ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTOS

RESUMO

Objetivo: Compreender a relação entre o perfil dos usuários e o cuidado ofertado na Atenção Básica à Saúde. **Método:** Pesquisa de métodos mistos, com a integração dos resultados do estudo descritivo, com 91 pessoas com DLC; e de uma pesquisa qualitativa (Teoria Fundamentada nos Dados), com 29 participantes. Os dados quantitativos foram coletados utilizando: um formulário (dados sociodemográficos, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde); o Questionário Roland Morris para avaliar Incapacidade Funcional Percebida; o *The Medical Outcomes Study 36item Short-Form health survey* (SF-36) para avaliar a qualidade de vida; e, os dados qualitativos através de observação e entrevistas. **Resultados:** O perfil corresponde à adultos e idosos, com baixa escolaridade e renda familiar, com diferentes situações ocupacionais, e que apresentam outras dores crônicas e condições crônicas associadas. Os serviços ofertados nesse nível de atenção ainda são centrados nas consultas médicas e nos grupos de autocuidado, com o envolvimento de poucos profissionais de saúde. **Conclusões:** O cuidado deve ser planejado considerando o perfil das pessoas com DLC e buscando modelos mais resolutivos e adequados para as necessidades de pessoas com Dor Lombar Crônica.

Descritores: Dor Lombar. Dor Crônica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To comprehend the relationship between the users profile and the care of primary care. **Method:** Mixed Methods research, with the integration of the results of the descriptive study of 91 people with Chronic Low Back Pain (CLBP); and a qualitative research (Grounded Theory), with 29 participants. Quantitative data were collected using: a form (sociodemographic data, health status and use of health services), *Roland Morris Questionnaire* for perceived functional disability and the *The Medical Outcomes study 36item short-form health survey (SF-36)*, for quality of life; and qualitative data through observation and interviews. **Results:** The profile corresponds to adults and seniors with low education and family income, different occupational situations; with other chronic pain and chronic conditions associated. The primary care services are still focused on family physicians visits and self-management groups, with the involvement of few health professionals. **Conclusions:** The actions should be planned considering the profile of people with CLBP and more effective care models.

Descriptors: Low Back Pain. Chronic Pain. Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Entender la relación del perfil de los usuarios y el cuidado ofrecido en la Atención Primaria. **Método:** Investigación de métodos mixtos, con integración de resultados del estudio descriptivo con 91 personas con Dolor Lumbar Crónico; e investigación cualitativa (Teoría Fundamentada), con 29 participantes. Los datos cuantitativos se recolectaron con: un formulario (datos sociodemográficos, estado de salud, uso de servicios de salud), el *Cuestionario de Roland Morris* para evaluar la Incapacidad Funcional Percibida, y *The Medical Outcomes Study 36item Short-Form health survey (SF-36)* para evaluar la calidad de vida; los datos cualitativos con observación y entrevistas. **Resultados:** El perfil corresponde a adultos y ancianos con poca educación e ingresos familiares, con diferentes situaciones laborales; presentan dolores crónicos y condiciones crónicas asociadas. Los servicios ofrecidos en este nivel de atención se centran en consultas médicas y grupos de auto-cuidado, con participación de algunos

profissionais de salud. **Conclusiones:** El cuidado debe planificarse teniendo en cuenta el perfil de las personas, y buscar modelos más eficaces y adecuados para las necesidades de las personas con Dolor Lumbar Crónico.

Descriptores: Dolor de lá región lumbar. Dolor crónico. Atención Primária de Salud.

INTRODUÇÃO

A dor na região lombar é uma condição que a maioria da população experimenta em algum momento da vida (WALKER, 2000; HOY et al., 2010; BALANGUÉ et al., 2012), apresentando uma prevalência mundial de aproximadamente 14,1% (HOY et al., 2014). Em quase 90% dos casos não há uma explicação clara sobre as causas da dor, sendo diagnosticadas como dores lombares não específicas (BALANGUÉ et al., 2012; VALENZUELA-PASCUAL, 2015). No Brasil, ainda não é possível estimar a prevalência da dor lombar na população (NASCIMENTO; COSTA, 2015), mas a mesma é apontada como uma condição frequentemente encontrada nos serviços de saúde (CORDEIRO et al., 2008; RIBEIRO; SOARES, 2014; SILVA et al., 2015). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), as dores da coluna são a segunda condição de saúde mais prevalente, entre as patologias crônicas identificadas por médicos ou outros profissionais de saúde, sendo superada apenas pelos casos de hipertensão (IBGE, 2010).

A dor lombar geralmente tem bom prognóstico com resolução do quadro doloroso em poucas semanas, mas em uma parcela das pessoas acometidas a dor pode persistir por meses ou anos (QUITTAN, 2012), tornando-se uma condição crônica. Nesses casos, a dor pode causar diferentes níveis de incapacidade e gerar grande impacto na vida das pessoas (HOY et al., 2014).

A Atenção Primária, definida no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), é recomendada como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012; MENDES, 2012). Em muitos países (BENER; DAFFEAH; ALNAQBI, 2014; FRIESSEN; WILLWEBER-STRUMPF; ZENZ, 2010), a Dor Lombar Crônica é uma das condições mais comumente encontradas nos serviços

desse nível de atenção, pois além da dor recorrente e das limitações funcionais, os indivíduos apresentam também outros problemas associados, como: alterações no sono, depressão e ansiedade (KELLY et al., 2011; SAGHEER; KHAN; SHARIF, 2013). No Brasil, alguns estudos apontam para uma grande demanda de pessoas com dores crônicas, como a DLC, que buscam os serviços da Atenção Básica à Saúde (KOVACS et al., 2006; MARTINEZ et al., 2008), embora não se possa determinar a prevalência de casos, já que os mesmos não são registrados (MATA et al., 2011).

Além de se constituir como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde e reguladora dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde, a ABS também deve ter função resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012). Neste nível de atenção, os riscos, as necessidades e demandas das diferentes populações devem ser identificados; e as propostas terapêuticas elaboradas, a fim de garantir um cuidado integral e contínuo aos usuários. Assim, estudos que investiguem as características das pessoas que buscam cuidado na ABS e como este é ofertado nesse nível de atenção podem fornecer informações para o planejamento e estruturação desses serviços, e apontar novos caminhos para garantir que as ações implementadas na Atenção Primária sejam eficazes e pautadas na integralidade do cuidado. Por isso, este estudo teve como objetivo: compreender a relação entre o perfil dos usuários e o cuidado ofertado na Atenção Básica à Saúde.

MÉTODOS

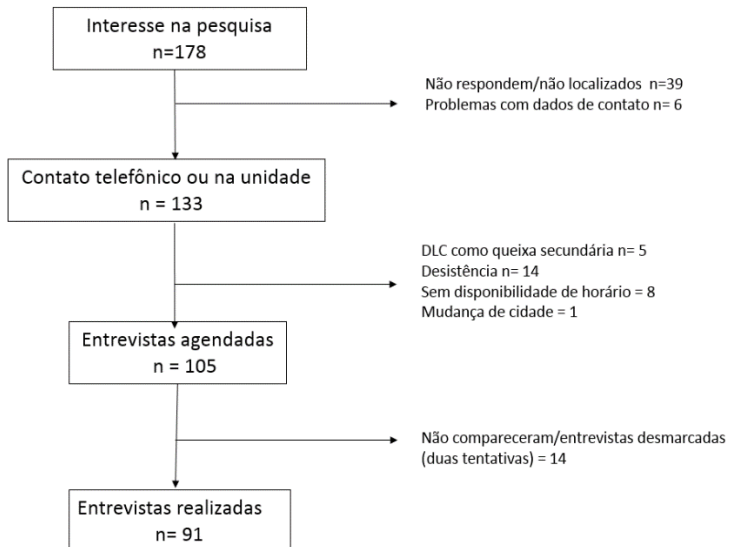
Esse estudo se originou de uma pesquisa de métodos mistos com desenho “Paralelo Convergente” que combinou um estudo quantitativo com delineamento transversal e uma pesquisa qualitativa utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O delineamento selecionado implica na implementação simultânea da coleta e análise dos elementos quantitativos e qualitativos da pesquisa, priorizando igualmente os métodos, mantendo os elementos independentes durante a análise e misturando os resultados durante a interpretação geral (CRESWELL; CLARK, 2013). A coleta dos dados ocorreu entre o período de setembro de 2014 a outubro de 2015, em um distrito sanitário (que conta com aproximadamente 98.000 pessoas) de um município localizado ao Sul do Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

(Parecer n. 252540 de 23/04/2013 e Parecer n. 792.164 de 12/09/2014). Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, aceitando formalmente participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os seus nomes foram substituídos por números no estudo quantitativo e por códigos no estudo qualitativo (“Pr” para profissional e “P” para pessoa com DLC) seguida de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas. Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades.

Para a coleta dos dados quantitativos, a amostra foi composta por pessoas com DLC, usuárias dos serviços oferecidos pelas equipes da AB no distrito selecionado. O processo de seleção foi por conveniência e os critérios de inclusão selecionados foram: apresentar sintomas de dor lombar por tempo superior a seis meses, utilizar os serviços das unidades de saúde no distrito sanitário selecionado há mais de 12 meses, ter como queixa principal a dor na região lombar (quando apresentasse outras dores associadas). Durante o período do estudo, os pesquisadores visitaram 34 grupos de autocuidado para dores na coluna (formados conforme demanda) e quatro grupos de atividade física (permanentes) para divulgação da pesquisa e recrutamento de participantes. Entre as 178 pessoas que demonstraram interesse em participar da pesquisa, e a partir dos contatos foram entrevistados 91 participantes, em função dos motivos expostos na figura 1. A coleta de dados foi agendada previamente por contato telefônico e realizada nas unidades de saúde e/ou na residência dos participantes.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção da amostra para coleta dos dados quantitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados quantitativos foram: um formulário estruturado em módulos que incluíram questões relacionadas às características sociodemográficas, clínicas, comportamentais e utilização dos serviços; a versão brasileira do “Questionário de Rolland Morris–QRM”; e a versão brasileira do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF36). O QRM foi utilizado para avaliar a incapacidade funcional percebida, e consiste num questionário com 24 itens com pontuações de zero ou um (sim ou não), sendo que o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). Nesse estudo foi utilizado a versão brasileira do instrumento (NUSBAUN, 2001), apresentando uma alta confiabilidade teste-reteste (ICC de 0,94) e entre examinadores (ICC de 0,95).

O SF-36 é um instrumento genérico e multidimensional que foi validado para língua portuguesa em 1997 (Ciconnelli et al, 1999), e utilizado nesse estudo para avaliar a qualidade de vida. Esse instrumento

é composto por 36 itens agrupados em 8 domínios: Capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A variação do escore varia entre zero e 100, onde zero representa um maior comprometimento da qualidade de vida e 100 um menor comprometimento.

As variáveis analisadas na etapa quantitativa foram: idade, gênero, escolaridade, renda familiar, situação profissional, ocupação (classificada por tipo de atividade predominante), duração dos sintomas (anos), presença de outras dores crônicas, tabagismo, prática de atividade física, utilização dos serviços de saúde no último ano, dificuldades para agendamento de serviços na ABS, uso de serviços privados, recebimento de orientações para o autocuidado e informações sobre quais profissionais ministravam orientações. A presença de outras doenças crônicas se avaliou ao inquirir o participante se ele tomava medicações ou fazia tratamento para as condições elencadas no formulário. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi coletado através do peso e altura referidos pelos participantes e categorizado em normal (18,5-24,9), sobrepeso (25 -29,9) e obesidade (≥ 30). A incapacidade funcional se considerou alta quando o escore total obtido no QRM foi superior a 14. Para análise estatística houve a utilização do programa SPSS® versão 20 e os resultados foram expressos por meio de frequências com percentuais e médias \pm desvio padrão.

Na coleta dos dados qualitativos participaram da pesquisa 29 pessoas (20 profissionais de saúde e 9 pessoas com DLC) que foram selecionadas por amostragem teórica e que constituíram 4 grupos amostrais: PRIMEIRO GRUPO: 6 médicos, vinculados às equipes de ESF (Pr1 - Pr6); SEGUNDO GRUPO: 3 profissionais de educação física e 4 fisioterapeutas vinculados às equipes do NASF (Pr7 - Pr13); TERCEIRO GRUPO: 3 enfermeiras e 4 agentes de saúde das equipes de ESF (Pr14 - Pr20); e, QUARTO GRUPO: 9 pessoas com DLC que participavam dos grupos promovidos pela AB (Pr21 - Pr29).

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas e observação não participante. Todas as entrevistas gravadas em áudio, posteriormente tiveram a transcrição na íntegra em arquivo word®, assim como as notas realizadas durante as entrevistas foram transcritas e utilizadas para complementar a análise dos dados. A análise dos dados ocorreu como preconizado pela Teoria Fundamentada nos Dados (CHARMAZ, 2009), sendo realizada em duas etapas principais: codificação inicial e focalizada. A codificação inicial

aconteceu através da denominação de cada segmento de dado e seguida pela etapa de codificação seletiva e focalizada que se vale de códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009). Para esse processamento analítico dos dados, utilizou-se o *software* Atlas ti versão 7.5.2. Ressalta-se que neste estudo serão apresentados apenas fragmentos de dados das categorias do estudo qualitativo, que foram integrados aos resultados quantitativos.

Para a integração dos resultados, os dados quantitativos e qualitativos foram dispostos numa matriz, comparados e analisados em três grupos: (a) características sociodemográficas e profissionais; (b) condições de saúde e hábitos de vida; e (c) utilização dos serviços de saúde.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e profissionais que correspondem ao perfil das pessoas com DLC que participaram dos grupos de autocuidado e atividade física nas unidades de saúde estudadas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais das pessoas com Dor Lombar Crônica (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo (n=91)		
Masculino	18	19,8
Feminino	73	80,2
Idade - anos (n= 91)		
18 - 40	13	14,3
41 - 60	46	55,5
>60	32	35,2

Escolaridade - anos de estudo (n=89)

Baixa ≤ 8	45	50,6
Alta > 8	44	49,4

Renda Familiar (n=90)

1 a 3 SM	61	67,8
4 a 7 SM	28	31,1
≥ 7	01	1,1

Situação Profissional Atual (n=91)

Ativo	30	33
Afastado	18	19,8
Aposentado	22	24,2
Desempregado	06	6,6
Atividade Doméstica (donas de casa)	15	16,5

Ocupação (n =85)

Serviços Administrativos	13	15,29
Serviço doméstico (inclui donas de casa)	27	31,76
Serviços cozinha	11	12,94
Serviços manuais*	12	14,12
Serviços que exigem postura em pé**	15	17,65
Serviços que exigem esforço físico***	07	8,24

***(artesanato, consertos, costura, motorista) **(vigilância, comerciantes) *** (trabalhadores construção civil, etc).**

Houve predominância de mulheres no estudo, com faixas etárias que caracterizam a população, sendo na sua maioria adultos (40-60 anos) e idosos (acima dos 60 anos). Esses resultados corroboram com as percepções dos profissionais de saúde entrevistados na etapa qualitativa ao apontarem que adultos e idosos são os dois principais grupos que buscam cuidado na AB:

A maioria são idosos, ou são pessoas de meia idade que trabalham também com alguma coisa que envolva esforço físico, repetitivo. Mas a maioria são idosos mesmo. (Pr3-médico)

A maior demanda é essa (adultos que trabalham), e também idosos. Quando a gente pensa na população adulta, a gente tem essa demanda dos trabalhadores que têm como instrumento o corpo mesmo e, depois uma segunda demanda seria os idosos mesmo. (Pr9-profissional de educação física)

A escolaridade e a renda familiar das pessoas que utilizam os serviços de saúde são consideradas características importantes para o planejamento e adequação das ações de cuidado. Em relação à escolaridade, a média de anos de estudos completos foi de $8,5 \pm 4,4$ anos, sendo que aproximadamente metade das pessoas apresentavam baixa escolaridade. Já em relação à renda familiar, a média foi de $2,7 \pm 1,7$ SM e para quase 67,8% das pessoas com DLC a renda familiar foi considerada baixa. Esse perfil também foi verificado nas percepções dos profissionais de saúde ao relatarem que atendem muitas pessoas com dificuldades financeiras e baixa escolaridade, embora em algumas unidades de saúde os grupos sejam mais heterogêneos, com condições bem distintas. Ressalta-se que as dificuldades socioeconômicas podem restringir o acesso às opções de cuidado fora da AB e a adoção de medidas terapêuticas que possam gerar custos, além das dificuldades de compreensão em função da baixa escolaridade, que interferem na interação com o profissional:

[...] nesse centro de saúde específico você tem populações distintas, você tem aquele que só tem o centro de saúde como único recurso dele, é a única possibilidade que ele tem e, você tem outros que não [...] que participa do grupo de caminhada do posto e faz treinamento funcional, faz pilates, entende? (Pr11-fisioterapeuta)

[...] Eu aqui nessa experiência que eu estou tendo na Atenção Básica e que é uma área, esse serviço é ligado a muita pobreza, muita carência [...] São pacientes que tem dificuldade financeira,

dificuldade de compreensão, pouco estudo! (Pr13-fisioterapeuta)

Em relação à situação profissional, 53% da amostra era formada por trabalhadores formais, no entanto apenas 33% da amostra correspondia aos trabalhadores exercendo suas atividades profissionais (ativos). A profissão/função desempenhada pelos participantes (incluindo afastados/ aposentados/desempregados e atividades domésticas), foi analisada e classificada de acordo com o tipo predominante de serviço, sendo bastante heterogêneo. Na etapa qualitativa, os profissionais de saúde também relatam que um dos principais grupos de pessoas que buscam o cuidado são os trabalhadores, e associam a atividade profissional com as queixas de DLC, considerando o tipo de trabalho como fator predisponente dessa condição:

Eu acho que aqui, no Monte Cristo, como a gente tem uma população muito jovem, né? Em comparação na área de interesse social. Então, a população é predominantemente jovem, em atividade, né? Em vida ativa, então a gente recebe muito problema relacionado ao trabalho. (Pr1-médico)

Ah, são trabalhadores que carregam peso no dia a dia, no trabalho deles. Pessoal do trabalho! Ou de construção ou do comércio, carregando caixas, carregando peso mesmo. A maioria [...] às vezes, é gente de escritório também. Não é só gente de força, assim, de trabalho braçal. (Pr5-médico)

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados das variáveis relacionadas com as condições de saúde (duração dos sintomas, nível de incapacidade funcional, presença de outras dores e outras doenças crônicas, e qualidade de vida) e aos hábitos de vida (consumo de álcool, tabagismo, prática de Atividade Física, IMC/obesidade).

Tabela 2 - Características das condições de saúde e hábitos de vida das pessoas com Dor Lombar Crônica (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Variáveis	Média (DP)	f (%)
Duração dos Sintomas (anos)	11,02 ±12,59	
Nível de incapacidade funcional, baixo		52 (57,14)
Presença de outras dores crônicas		73 (80,22)
Outras doenças condições crônicas - Hipertensão		41 (p5,01)
Outras doenças condições crônicas - Diabetes		11 (12,09)
Outras condições crônicas - DPOC		14 (15,38)
Outras condições crônicas - Depressão/Ansiedade		32 (35,16)
Outras condições crônicas – Fibromialgia		16 (17,58)
Consumo de Álcool, não		58 (63,7)
Tabagismo, não		54 (59,4)
Prática de AF, sim		45 (45,5)
IMC – presença de sobrepeso e obesidade		62 (69,97)
Qualidade de Vida -SF36- Capacidade Funcional	50,60 ±26,97	
Qualidade de Vida - SF-36 - Limitação Aspectos Físicos	29,94 ±40,52	
Qualidade de Vida - SF-36 - Limitação Aspectos Emocionais	46,52 ±45,77	
Qualidade de Vida - SF-36 – Dor	38,10 ±21,85	

Qualidade de Vida - SF-36 – Vitalidade	48,29 ±25,17
Qualidade de Vida - SF-36 - Aspectos Sociais	57,38 ±31,46
Qualidade de Vida - SF-36 - Saúde Mental	56,09 ±25,2
Qualidade de Vida - SF-36 -Estado Geral Saúde	42,28 ±23,12

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

A dor lombar é considerada uma condição crônica quando os sintomas de dor e incapacidade persistem por um tempo superior a 3 meses (FURLAN et al., 2009). Nesse estudo, utilizou-se como critério de inclusão o tempo de duração dos sintomas superior a 12 meses, pois foi considerado que não seria possível avaliar a utilização dos serviços de saúde se as pessoas estivessem convivendo com a doença há poucos meses. O tempo de duração dos sintomas variou entre 1 e 40 anos, com média de 10,11±9,69 anos, indicando que a maior parte das pessoas entrevistadas já apresentavam sintomas de DLC e convivem com essa condição por vários anos, sendo que 25% dos participantes apresentam sintomas há mais de 10 anos. Esses resultados corroboram com os relatos das pessoas com DLC ao relatarem que convivem com essa condição por um longo tempo, mas procuram os serviços da AB somente quando a dor se torna insuportável, ou nos momentos de crise:

Eu já tenho essa dor faz uns 5 anos. Eu sempre tive dor nas costas. Eu sempre tive dor, mas era pouquinho. Daí a gente não dá bola quando é pouca dor que a gente sente. Quando é pouca dor que a gente está sentindo, a gente não dá bola, né? Daqui a pouco passa, daqui a pouco passa. (P24 pessoa com DLC - 30 anos)

[...] a dor começou quando eu fiz a cesárea da última filha minha, que me deu muita dor nas costas. Eu achava que era da anestesia. Aí, eu fui no médico [ortopedista], o médico disse que não, que eu estava com problema na coluna, desde os trinta anos que eu trato da coluna. (P27 – pessoa com DLC - 60 anos)

A maioria das pessoas com DLC não apresenta queixas somente na região lombar, sendo que aproximadamente 83,5% dos entrevistados relataram queixas de dor crônica localizadas em outras regiões do corpo. Cerca de 80% relatam a presença concomitante de outras condições crônicas, sendo a hipertensão arterial a condição mais prevalente, seguida dos transtornos de depressão e ansiedade, fibromialgia e DPOC. A presença concomitante de vários locais de dor e de outras condições crônicas associadas torna o cuidado uma condição complexa e de difícil manejo, como relatado pelos profissionais de saúde:

[...] existem alguns pacientes que vêm com dor lombar crônica, isoladamente, mas, normalmente, esse paciente já tem outras dores. Acho que, isoladamente, é mais comum ver ela aguda. A dor lombar aguda. Que ela vem depois de um esforço. Agora quando ele já está naquele estágio, que, às vezes, a gente pega paciente com 3, 4 anos tratando, normalmente já tem outras coisas juntas. (Pr1-médico)

[...] Alguns casos de dor crônica têm que a gente fica sem saber mais como manejar por causa desse componente emocional, a gente pede avaliação da psiquiatra para ver se alguma medicação pode ajudar ou, geralmente, essas pessoas já tomam antidepressivo, mas não melhoram nunca. (Pr6-médico)

Em relação aos hábitos de vida, a maioria dos entrevistados não ingere bebidas alcólicas e não possui hábito de fumar. No entanto, embora algumas pessoas tenham relatado nas entrevistas qualitativas praticar algum tipo de AF, nos resultados quantitativos aproximadamente 70% apresentaram índice de massa corporal alto (IMC), correspondendo a presença de sobrepeso ou obesidade, e apenas metade relatam praticar algum tipo de atividade física ao menos uma vez por semana. Em relação à qualidade de vida, a média dos valores obtidos variou bastante entre os domínios do SF36, entretanto, os domínios “Dor” e “Limitação por Aspectos Físicos”, apresentaram os escores mais baixos, correspondendo aos domínios da qualidade de vida mais comprometidos. Estes resultados correspondem às principais queixas das pessoas com DLC e que também são relatadas como

queixas que persistem, mesmo percebendo alguma melhora na capacidade funcional e na qualidade de vida com as estratégias de cuidado ofertadas:

Até em casa eu faço alguns alongamentos. Que eles ensinaram aqui, eu estou fazendo. Mas adianta na hora, é o que eu digo, adianta um pouquinho [...]. Depois volta de novo a dor. (P25-pessoa com DLC)

É como eu estou te falando, a única coisa que me deu uma melhora, foram esses exercícios que eu fiz. Isso aí, melhorou bastante. Assim, não melhora 100% por que a coluna não é curada assim de uma hora para [pausa], para te falar a verdade, a coluna nem tem cura. Ela dá uma aliviada. Mas o tratamento mesmo que me adiantou foram esses exercícios. Foi o que melhorou mesmo. (P23-pessoa com DLC)

Em relação às características dos serviços utilizados para o cuidado (descritos na Tabela 3), verificou-se que os serviços da ABS mais utilizados foram as consultas médicas e os grupos de autocuidado, sendo os demais serviços utilizados em menor proporção. Esses resultados podem estar relacionados com as formas de acesso ao cuidado e ao fluxo estabelecido na AB. As pessoas com queixas de DLC identificadas pelos profissionais das equipes de ESF costumam ser direcionadas para as “consultas médicas”, pois este profissional é reconhecido pela equipe pela sua capacidade de diagnóstico (identificação da causa de DLC) e por ser o único habilitado para prescrição de medicamentos:

Quando tem paciente com dor lombar, eu peço para que ele venha no acolhimento com a médica da equipe. A médica da equipe vai então orientar (Pr17- agente de saúde)

Tabela 3 - Características relacionadas aos serviços utilizados pelas pessoas para o cuidado da DLC (n=91). Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ÚLTIMO ANO*		
Atenção Primária		
Consultas Médico da ESF	65	71,5
Grupos de Autocuidado	60	66,0
Consultas Fisioterapia	15	16,5
PICs	09	09,9
Grupos de AF	07	07,7
Consultas/atividades Psicólogos	02	02,2
Atenção Especializada		
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	06	06,6
Consultas Ortopedista	29	32,0
Consultas Reumatologista	04	04,4
Fisioterapia	07	07,7
Acupuntura	07	07,7
Hospitais		
Emergência	22	24,2
Internações	02	02,2
Ambulatório	14	15,4
DIFICULDADE AGENDAMENTO SERVIÇOS NA AB		
Não	38	41,76
Sim	43	47,25
Não sabe responder	10	10,99
UTILIZAÇÃO SERVIÇOS PRIVADOS		
Não	38	41,76
Sim	53	58,24

ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS COM A DLC

Não recebeu	27	29,7
Recebeu	64	69,2

ORIENTAÇÃO/PROFISSIONAIS

Médico	31	34,1
Agente Saúde	02	2,2
Fisioterapeuta	52	57,1
Educador Físico	48	52,7
Enfermeira	02	2,2

*exames não foram considerados

Fonte: dados da pesquisa, 2016

Os grupos de autocuidado para dores na coluna são considerados atualmente o principal serviço disponibilizados pela AB para atender às demandas de usuários com dores crônicas e são reconhecidos pelos profissionais como espaços tanto para promoção e educação em saúde (orientações) como para o cuidado (exercícios). A maioria dos usuários é também encaminhada para esses grupos, pois nos mesmos ocorre a triagem dos usuários que têm indicação para o serviço de fisioterapia nas policlínicas (atenção especializada).

A maior parte dos meus pacientes, eu encaminho para os grupos [refere-se ao grupo de atividade física e grupos de autocuidado], mas os que têm mais dores, mais queixas, eu também encaminho para o grupo de postura...de fisioterapia, né? E para avaliação, na verdade... e para eles darem as orientações. (Pr4-médico)

A utilização dos serviços de outros níveis de atenção também foi investigada para compreender a relação entre o cuidado ofertado na AB e outros pontos de atenção. No caso da Atenção Especializada os serviços mais utilizados foram as consultas médicas com ortopedistas. De acordo com os resultados dos dados qualitativos, os médicos das equipes de ESF costumam encaminhar para os ortopedistas os casos com diagnóstico confirmado por exames de imagem (compressão radicular, alterações estruturais importantes):

Eu costumo encaminhar quando se tem o diagnóstico já, né? Se é alguma alteração estrutural, que pode estar associada, e eu já investiguei, eu encaminho e justifico porque que eu estou encaminhando [...] eu pessoalmente, costumo encaminhar casos de dor lombar crônica que não melhora com anti-inflamatório, com as medidas habituais, né? Ou é uma dor mais que tem algum sinal, assim, de alarme, né? [...] Para ortopedia, sinceramente, eu encaminho, eu costumo encaminhar mais os paciente que podem ter indicação cirúrgica mesmo. (Pr3-médico)

Embora muitas pessoas procurem as unidades de saúde com encaminhamentos para atendimentos fisioterapêuticos, verificou-se que apenas um pequeno percentual de usuários realizou fisioterapia nas policlínicas de saúde (Serviço Especializado), sendo que esse resultado pode estar relacionado com as ações de regulação realizadas pelos fisioterapeutas que atuam na AB:

Na proposta desse fluxo que o serviço de fisioterapia como um todo, que todo o paciente que pode ser resolvido na AP, através de grupo, que ele passe por ali, se na questão do grupo ele não tiver um bom resultado, aí sim, ele vai ser inserido para a policlínica. Nós vemos cada vez mais nesse sentido a questão da atenção primária ser um local mesmo de realmente estar com os pacientes com dor crônica, estar sempre podendo oferecer uma orientação, uma consulta individual, um trabalho de qualquer forma, uma discussão, sempre na atenção primária e a partir do momento em que esse paciente agudizou, ou alguma coisa que está mais incapacitante, daí sim, a gente ter um recurso de atenção secundária para absorver isso. (Pr13-fisioterapeuta)

Os serviços disponibilizados pelos hospitais mais utilizado pelas pessoas com DLC foram os atendimentos nas emergências. Essa procura ocorre principalmente nos “momentos de crise”, consideradas como urgências. Algumas das pessoas com DLC entrevistadas na etapa qualitativa relatam buscar esses serviços, pois acreditam ser mais

resolutivas para investigação da causa da dor e por não considerarem o cuidado ofertado pela AB efetivo nos momentos onde a dor se intensifica:

[...] Um dia me deu uma crise muito forte e aí eu fui no hospital. Primeiro ele fez um ultra-som, por que ele achava que era pedra na vesícula, fez um ultra-som em mim e fez um RX, e não deu nada!! Nada! Aí ele disse: - Tu vens tal dia aqui, que eu vou fazer uma tomografia para ti. Aí eu fui lá, no tal dia que ele mandou e fiz a dita tomografia. Daí foi lá que deu, que eu estava com três hérnias de disco e bico de papagaio que eu tinha. Aí que eu descobri o que eu tinha. (P26- pessoa com DLC)

[...] Porque os hospitais estão cheios porque o posto de saúde não tem uma pessoa indicada, um profissional adequado. Porque o clínico geral, a gente não pode dizer que ele tem que resolver tudo, ele não é Deus! Por isso que existe especializações. (P22- pessoa com DLC)

Em relação ao acesso ao cuidado, aproximadamente metade dos entrevistados considerou encontrar dificuldades nos agendamentos dos serviços da AB com a falta de acesso a exames especializados, e aproximadamente 60% das pessoas já utilizaram algum serviço oferecido pela rede privada. Nos dados qualitativos as pessoas com DLC consideram que o acesso aos serviços vinculados à AB é facilitado, mas os agendamentos para exames, consultas com especialistas e fisioterapia são difíceis com longas filas de espera. Dessa forma, algumas pessoas buscam os serviços privados para complementar a prestação de serviços que julgam não serem oferecidos com facilidade pelos serviços públicos de saúde:

Paguei, paguei. Eu mesmo paguei pelo exame. Porque se eu fosse esperar pelo SUS até hoje eu estava [...] Já não andava mais! Aí fiz o exame. Barato não foi, né? Peguei, trouxe para médico, porque o médico dizia, tinha mania de dizer que eu sentia dor aqui ou dor ali, era tudo uma virose. (P24-pessoa com DLC)

Em relação às orientações recebidas sobre a DLC e o autocuidado, verificou-se que a maioria das pessoas entrevistadas consideram ter recebido orientações para o cuidado da sua condição crônica. No entanto, os profissionais mais citados como responsáveis por essas orientações foram os fisioterapeutas e profissionais de educação física, seguidos pelos médicos de ESF, que também correspondem aos profissionais que se destacaram nas entrevistas qualitativas por desenvolverem as principais ações de cuidado para a DLC.

DISCUSSÃO

Os dados quantitativos e qualitativos apontaram para um perfil com predominância de mulheres e idade relacionada às faixas etárias que abrangem adultos (40 a 60 anos) e idosos, que convivem com a DLC por longos anos. Esses resultados corroboram com alguns estudos que apontam as mesmas características das pessoas que utilizam os serviços de saúde destinados para pessoas com DLC (GARCIA; VIERIA; GARCIA, 2013; HIRSCH et al., 2014), e outros estudos (VIEIRA et al., 2014), também sugerem que estes resultados correspondem ao perfil de pessoas que se interessam e participam de propostas de cuidado para dor crônica em grupo.

Em relação à escolaridade e à renda familiar, os participantes apresentaram diferentes graus de instrução, mas com predominância de baixa renda familiar. Essas características precisam ser consideradas no planejamento e adequação das ações voltadas para prevenção e educação em saúde para garantir a participação e o envolvimento das pessoas no seu próprio cuidado. Além disso, ressalta-se a importância de buscar a construção de redes de apoio (academias, escolas) e opções terapêuticas que possam ser acessíveis às pessoas que não têm condições financeiras para usufruir de serviços ou atividades privadas.

Nas entrevistas qualitativas os profissionais apontam um perfil de pessoas que estão em fase ativa e produtiva e desenvolvem DLC em função das exigências físicas e posturais de suas atividades, buscando o cuidado em função da interferência da DLC no seu desempenho profissional. No entanto, através dos resultados quantitativos, verificou-se que o perfil ocupacional também abrange aposentados e donas de casa, e que estes representam aproximadamente metade dos entrevistados. O horário (comercial) que as ações de cuidado ofertadas em grupo acontecem pode ter influenciado o perfil ocupacional,

predominando as pessoas que possuem maior disponibilidade de horários (aposentados, afastados e donas de casa) e que não necessariamente representam o perfil das pessoas que buscam a AB.

As pessoas entrevistadas apresentam sintomas de DLC há muitos anos, mas relatam que buscam o cuidado somente quando a dor se torna insuportável ou apresentam níveis mais altos de incapacidade. A DLC ocorre de forma insidiosa e pode atingir todas as faixas etárias, no entanto, o impacto na qualidade de vida é menor em adolescentes e jovens (BALANGUÉ et al., 2012). Dessa forma, é comum que as pessoas procurem o cuidado tardiamente e/ou em fases da vida em que a dor e a incapacidade funcional causam maior impacto nas atividades diárias e profissionais. Nesse sentido, as ações de cuidado não devem ser focalizadas apenas nas pessoas que buscam os serviços da AB, mas também é necessária a ampliação das ações para atingir outras populações (adolescentes, gestantes) com o intuito de prevenção da dor recorrente e promoção da qualidade de vida.

Quanto às condições de saúde, constatou-se alta prevalência de outras dores crônicas e de outras condições crônicas associadas, apontando para a necessidade de estruturar propostas de cuidado que não focalizem apenas orientações e medidas terapêuticas para região lombar e que as ações de promoção de saúde sejam ampliadas e fortalecidas para contemplar a multiplicidade de condições crônicas associadas e alcançar a integralidade do cuidado.

Na avaliação da qualidade de vida, os domínios mais comprometidos foram “Dor” e “Limitação por Atividade Física”, correspondendo às principais queixas das pessoas com DLC, mas que referem nas entrevistas qualitativas, que estas queixas continuam após terem sido cuidadas na AB. Outras pesquisas que abordavam grupos de cuidado para pessoas com DLC, também encontraram escores mais baixos nos domínios referidos (VIEIRA et al., 2014; TAVAFIAN; JAMSHIDI; MONTAREZI, 2008). No estudo de Antunes et al. (2013), os pesquisadores relataram que pessoas com DLC, que apresentam quadro de depressão associado, possuem comprometimento de todos os domínios da qualidade de vida.

Corroborando com os resultados quantitativos em relação à qualidade de vida, nas entrevistas qualitativas algumas pessoas também relatam que as queixas de dor persistem, mesmo após a participação nas ações de cuidado propostas (grupos), indicando que embora o cuidado ofertado possa aliviar ou produzir alguma melhora, pode não ser suficiente para alguns usuários. No entanto, ressalta-se as percepções

negativas relacionadas à persistência das queixas associadas às expectativas de cura e resolução completa do quadro doloroso, que as pessoas possuem em relação ao cuidado quando buscam os serviços de saúde para lidar com a DLC (HOPAYIAN; NOTLEY, 2014).

Os dados relacionados à utilização dos serviços na AB indicam a predominância das consultas médicas e dos grupos de autocuidado, sendo esses serviços também apontados nos resultados qualitativos como as principais ações de cuidado ofertadas às pessoas com DLC. Embora a amostra tenha sido composta por pessoas que tinham participado dos grupos de autocuidado (constituindo uma limitação do estudo), outras ações e serviços não se destacaram nas etapas quantitativa e qualitativa, como serviços frequentemente utilizados nos últimos meses. Dessa forma, os resultados encontrados podem estar relacionados com o modelo de organização e do fluxo pactuados entre as equipes ESF e os profissionais do NASF, que centralizam o cuidado nessas ações e serviços.

A respeito das orientações sobre a DLC e o cuidado, os usuários relataram ter sido orientados principalmente por fisioterapeutas, profissionais de educação física e médicos. Ressalta-se a pequena participação dos profissionais das equipes de ESF e a necessidade de um maior envolvimento de enfermeiros e agentes comunitários nas atividades de orientação e educação em saúde, uma vez que as equipes de ESF possuem um papel importante no acolhimento e no acompanhamento das pessoas com DLC que estão vinculadas às mesmas.

Os *guidelines* clínicos internacionais que orientam o manejo da DLC na atenção primária (KOES et al., 2010; PILASTRINI, 2012) recomendam abordagens multidisciplinares que integram práticas educativas, exercícios terapêuticos, atividade física e terapias comportamentais, como estratégias efetivas para o cuidado. Nesse sentido, ressalta-se a importância de fortalecer outras ações de cuidado à DLC na AB, como os grupos de AF e práticas corporais e integrativas complementares que também são ofertadas, mas atingem um número menor de pessoas.

Em relação à utilização dos serviços de saúde da atenção especializada, destacou-se a maior prevalência de consultas com os médicos ortopedistas, sendo esses os profissionais que os médicos das Equipes ESF comumente referenciam os casos de DLC. Em contrapartida, apenas um pequeno percentual de participantes relatou ter utilizado os serviços de fisioterapia das Policlínicas, sugerindo que as

ações de regulação realizadas pelos Fisioterapeutas da Atenção Básica parecem produzir resultados na redução dos encaminhamentos. Em estudo realizado por Silvestre et al. (2014), os autores descrevem a implementação de um novo modelo de regulação do acesso para os serviços de Fisioterapia no município de Florianópolis, através da qualificação da demanda por meio de classificação de prioridades de atendimento. Além da estruturação do fluxo de acesso e gerenciamento das filas de espera, os pesquisadores atribuem a eficiência do modelo com a integração dos serviços e profissionais que atuavam entre os níveis de atenção primária e na média complexidade.

A Atenção Básica é considerada um local privilegiado para a regulação do acesso aos serviços, em especial para microrregulação, priorizando casos em função da gravidade e qualificando os encaminhamentos (BRASIL, 2014). No entanto, ressalta-se que a resolutividade da Atenção Básica interfere na capacidade de resposta de toda a rede de atenção, bem como na capacidade de coordenação do cuidado dos usuários. Por isso, é importante que as equipes trabalhem não somente para qualificar as atividades de regulação, mas também, para ofertar um cuidado mais resolutivo e adequado para as necessidades das pessoas com DLC.

A baixa resolutividade da ABS em relação ao cuidado nos casos de DLC pode, outrossim, estar relacionada com a maior utilização dos serviços de emergência e da rede privada. Os resultados qualitativos apontam que os usuários ainda compreendem a DLC como uma condição aguda, que precisa ser tratada nos momentos de “crise” e requer um cuidado especializado. E dessa forma, não consideram que as ações e serviços ofertados pela Atenção Básica possa ser suficiente para atender suas necessidades e expectativas.

O modelo que orienta a Atenção Básica à Saúde no Brasil, apresenta potencialidades para o cuidado das pessoas com DLC, ao propor uma atuação em equipe e a participação dos usuários na busca pela integralidade do cuidado e da promoção da saúde. No entanto, a dor crônica precisa ser compreendida e ressignificada como uma condição crônica (MENDES, 2012), que assim como outras condições que cursam com a cronicidade (Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Hipertensão Arterial), requerem uma forma diferente de enfrentamento pelos profissionais de saúde (DEYO et al., 2009; SCHWAB et al., 2014).

Algumas mudanças nos serviços da Atenção Básica têm sido propostas por Mendes (2012), para alcançar melhores resultados no

cuidado de condições crônicas, entre elas: a mudança da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; o fortalecimento do autocuidado apoiado e da atenção multiprofissional; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; e, o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial.

A utilização de modelos para o cuidado de condições crônicas, como o *Chronic Care Model*, tem sido recomendada (UPSHUR; BACIGALUPE; LUCKMANN et al., 2011; HALLADAY et al., 2014; PETERSEN et al., 2014), para alcançar melhores resultados no cuidado de condições crônicas. Alguns estudos (DOBSCHA et al., 2009; AHLES et al., 2006; KROENKE et al., 2009) apontam resultados positivos na implementação de algumas das diretrizes propostas pelo modelo, como a ampliação da comunicação entre a atenção primária e a atenção especializada, o uso de programas para educação e autocuidado com longa duração e monitoramento das ações de cuidado realizadas pelos usuários, e a inclusão de gestores de casos clínicos. Dessa forma, sugere-se a implementação de abordagens desenvolvidas de acordo com as características e as necessidades dos usuários e o uso dos princípios dos modelos de atenção para condições crônicas que podem melhorar a qualidade do cuidado para essa população.

Este estudo apresentou algumas limitações, como a seleção de participantes em um único distrito sanitário (podendo não representar as características de todas as pessoas com DLC no município onde o estudo foi realizado, e/ou em outras localidades). No entanto, considera-se que a utilização de métodos mistos de pesquisa e a integração dos resultados proporcionaram uma análise mais substanciada, contrapondo-se às fragilidades do estudo. Sugere-se para futuras investigações a realização de estudos epidemiológicos e outras pesquisas qualitativas que investiguem as características das pessoas e do cuidado ofertado na AB, em outros cenários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das características dos participantes e da utilização dos serviços de saúde possibilitou compreender a relação entre o perfil obtido e o cuidado ofertado na AB. A Atenção Básica, designada no atual modelo de saúde, como principal porta de entrada para os serviços de saúde e centro de comunicação e integração dos demais pontos de

atenção, possui um papel fundamental no cuidado da Dor Lombar Crônica.

Os resultados revelaram o perfil sociodemográfico das pessoas que acessam as ações de cuidado da AB, caracterizado pela predominância de mulheres, nas faixas etárias correspondentes a adultos e idosos, com baixa renda familiar e diferentes níveis de escolaridade e situações ocupacionais. Em relação às condições de saúde, os resultados apontaram para pessoas que convivem com a DLC por longo tempo e que possuem outras dores crônicas e condições crônicas associadas. Além disso, metade dessas não praticam atividade física e, aproximadamente, 70% apresentam valores de IMC que correspondem ao sobrepeso e obesidade. Essas características apontam para a necessidade de fortalecer ações de promoção de saúde e de estratégias educativas e de cuidado que não focalizem apenas na dor localizada, mas que possam levar em consideração as outras queixas e necessidades de cuidado das pessoas.

Os resultados relacionados à utilização dos serviços apontam para um cuidado ainda centrado em consultas médicas e nos grupos de autocuidado, e com o envolvimento de poucos profissionais de saúde. Nesse sentido, sugere-se que para ofertar um cuidado mais efetivo e integral e alcançar as diferentes populações atingidas pela DLC, faz-se necessário o fortalecimento das ações interdisciplinares (e envolvimento de um maior número de profissionais), a ampliação das ações de cuidado, além da inclusão de ferramentas que possam auxiliar na regulação dos casos e adequação das estratégias de acordo com as características e necessidades das pessoas que buscam cuidado na AB.

Os princípios que orientam esse nível de atenção (acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado) favorecem o cuidado de condições crônicas e complexas como a DLC, e estimula os profissionais a buscarem a integralidade do cuidado através do trabalho em equipe. No entanto, é imprescindível que a AB esteja preparada para compreender a DLC como uma condição crônica, reconhecendo a necessidade de uma lógica de cuidado diferenciada. Nesse sentido, sugere-se a implementação dos modelos para condições crônicas no âmbito da Atenção Primária, para alcançar melhores resultados.

REFERÊNCIAS

AHLES, T. et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. **Ann Fam Med**, v. 4, p. 341-350, 2006.

ANTUNES, R.S. et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 21, n. 1, p. 27-29, 2013.

BALANGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**. v. 4, n. 379, p. 482-489, feb. 2012.

BENER, A.; DAFEEAH, E.E.; ALNAQBI, K. Prevalence and correlates of low back pain in primary care: what are the contributing factors in a rapidly developing country. **Asian Spine Journal**. v. 8, n. 3, p. 227-236, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CORDEIRO, Q. et al. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 2, p. 101-105, 2008.

CRESWELL, J.W; CLARK, V.L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Série Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013.

DEYO, R.A. et al. Overtreating chronic back pain: time to back off? **The Journal of the American Board of Family Medicine**. n. 22, n.1. p. 62-68, jan./feb. 2009.

DOBSCHA, S. K. et al. Collaborative Care for chronic pain in primary care a cluster randomized trial. **JAMA**, v. 301, n. 12, mar. 2009.

FRIESSEM, C.H.; WILLWEBER-STRUMPF, A.; ZENZ, M.W. Crônicas Schmerzen in deutschen Facharztpraxen. Die aktuelle Inanspruchnahme des ambulanten Gesundheitssystems anhand der Prävalenz von Schmerzen. **Schmerz**, v. 24, p. 501-550, 2010.

GARCIA, B.T.; VIEIRA, E.B.M.; GARCIA, J.B.S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em patients portadores de síndromes dolorosas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, set. 2013.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.

HALLADAY, J.R. et al. More extensive implementation of the chronic care model is associated with better lipid control in diabetes. **Journal of the American Board of Family Medicine**. v. 27, n. 1, jan./feb. 2014.

HIRSCH, O. et al. Low back pain patient subgroups in primary care: pain characteristics, psychosocial determinants, and health care utilization. **Journal of Pain**. v. 30, n. 12, p.1023-1032, 2014.

HOPAYIAN, K.; NOTLEY, C.N. A systematic review of Low back pain and sciatica patient's expectation and experiences of health care. **The Spine Journal**. v. 14, n. 17, p. 1769-1789, 2014.

HOY, D. et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis Rheum**, v. 64, p. 2028-203, 2012.

_____. The epidemiology of low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 24, p. 769-781, 2010.

_____. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 73, p. 968-974, 2014. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de

saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

KELLY, G.A. The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. **The Clinical Journal of pain**. v. 27, n. 2, p. 169-181, feb. 2011.

KOES, B.W. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **European Spine Journal**. v. 19, p. 2075-2094, 2010.

KOVACS, F.M. et al. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. **BMC Health Serv Res**. v. 17, p. 6-57, may 2006.

KROENKE, K. et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 301, n. 20, p. 2099-2110, 2009.

MARTINEZ, J.E.M. et al. Perfil de pacientes com queixa de dor músculoesquelética em unidade básica em Sorocaba. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 6, p. 167-171, 2008.

MATA, M.S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, P.R.C.; COSTA, L.O.P. Prevalência de dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1141-1155, 2015.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Braz Med Biol Res**. v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001.

PETERSEN, J.J. Implementation of chronic illness care in German primary care practices--how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. **BMC Health Serv Res.** v. 14, p. 336, aug. 2014.

PILLASTRINI, P. et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. **Joint Bone Spine**, v. 79, n. 2, p. 176-185, mar. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1297319X11000777/1-s2.0-S1297319X11000777-main.pdf?_tid=f29202e4-e02e-11e2-bdeb-00000aacb35e&acdnat=1372450481_6f4b06373d707828658bb4e15ebe08c5>. Acesso em: 19 abr. 2013.

QUITTAN, M. Management of back pain. **Disabil Rehabil**, v. 24, n. 2, p. 423-434, 2009.

RIBEIRO, C.D.; SOARES, M.C.F. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 36, n. 2, p. 117-123, aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Feb. 2016.

SAGHEER, M.A.; KHAN, M.F.; SHARIF, S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 63, n. 6, p. 688-690, jun. 2013.

SCHWAB, G.L. et al. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 307-318, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Fev. 2016.

SEZGIN, M. et al. Sleep quality in patients with chronic low back pain: a cross-sectional study assessing its relations with pain, functional status and quality of life. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 28, p. 433-441, 2015.

SILVESTRE, M. V. et al. Regulação e gestão de filas de espera: uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia do Município de Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**. Ano 2. v. 2, 2014.

TAVAFIAN, S.S.; JAMSHIDI, A.R.; MONTAREZI, A. A randomized study of Back School in women with chronic low back pain: quality of life at three, six, and twelve months follow-up. **Spine**, v. 33, n. 15, p. 1617-1621, 2008.

UPSHUR, C.C.; LUCKMANN, R.S.; SAVAGEAU, J.A. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 6, p. 652-655, 2006.

VALENZUELA-PASCUAL, F. et al. The influence of a biopsychosocial educational internet-based intervention on pain, dysfunction, quality of life, and pain cognition in chronic low back pain patients in primary care: a mixed methods approach. **BMC Medical Informatics and Decision Making**. v. 15, n. 97, p. 1-9, 2015.

VIEIRA, A. Perfil de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas encaminhados ao “grupo da coluna”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 571-584, jul./set. 2014.

WALKER, B.F. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. **J Spinal Disord**, v. 13, p. 205-217, 2000.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender sobre o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica, considerando suas necessidades e o contexto estabelecido na Atenção Básica. A utilização de Métodos Mistos de Pesquisa permitiu ampliar o olhar sobre o fenômeno estudado, através da complementaridade dos resultados obtido nas etapas com abordagens quantitativa e qualitativa.

A dor lombar crônica se apresenta nesse contexto histórico e social, como uma condição ainda pouco reconhecida pelos profissionais e pelas próprias pessoas que convivem com a mesma, uma vez que tem sido tradicionalmente tratada como uma “queixa” ou “sintoma” de difícil manejo. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de ampliar a visão sobre a dor lombar, enquanto condição crônica, compreendendo que assim como outras condições caracterizadas pela cronicidade, são multideterminadas e se estabelecem por longo tempo na vida das pessoas. As condições crônicas requerem uma forma de enfrentamento diferente das condições agudas, que implica numa lógica diferenciada sobre o processo saúde/doença e sobre o cuidado.

Embora as pesquisas internacionais apontem para a alta prevalência e impacto da Dor Lombar na população mundial, sendo também uma das principais causas para a busca pelos serviços de saúde, encontra-se uma enorme carência de dados nacionais sobre essa temática. A pouca visibilidade da “dor crônica” também foi vivenciada nesse estudo, através das dificuldades em identificar os casos para o recrutamento na etapa quantitativa da pesquisa, uma vez que os serviços de saúde não registram ou monitoram essa condição.

Os resultados quantitativos e qualitativos do estudo permitiram identificar algumas características das pessoas que buscam o cuidado na Atenção Básica. Houve predominância de mulheres, das faixas etárias que abrangem adultos e idosos e com baixa renda familiar, e com um longo tempo de duração dos sintomas. No entanto as pessoas apresentam características distintas quanto à escolaridade, à situação profissional e às características do trabalho. Diante da heterogeneidade encontrada em algumas características, acredita-se que existam diferentes grupos de pessoas que buscam as unidades de saúde, implicando em diferentes necessidades em relação ao cuidado, que precisam ser consideradas no planejamento e organização das ações em saúde.

Em relação às condições de saúde e hábitos de vida destacaram-se no estudo a alta prevalência de pessoas com sobrepeso e obesidade, e (também) de outras dores e condições crônicas associadas (Hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão), apontando para a necessidade de ações de saúde mais ampliadas que possam abranger as diferentes condições e atingir a integralidade do cuidado.

O impacto da dor lombar crônica na vida das pessoas foi medido através dos instrumentos para avaliar a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida. A prevalência de incapacidade funcional encontrada foi de aproximadamente 43% e a qualidade de vida apontou escores médios mais baixos para os domínios relacionados à dor e limitação por aspectos físicos, indicando as pessoas que apresentam alterações na qualidade de vida mais relacionadas à dimensão física. No entanto, é importante reconhecer que o impacto da DLC também envolve outros aspectos não investigados no estudo (financeiro, social, gastos com saúde) e que essa condição pode levar a diferentes níveis de incapacidade funcional e conseqüentemente afetar a vida das pessoas em proporções diferentes.

As pessoas com DLC convivem com os sintomas por um longo tempo antes de procurarem os serviços de saúde, buscando o cuidado nos momentos de “crise”, quando a dor se torna insuportável ou incapacitante. No caso dos trabalhadores, a procura pelos serviços de saúde da Atenção Básica também ocorre em função das exigências da previdência social ao solicitar exames e tratamentos para “legitimar” essa condição e manter os afastamentos e licenças de saúde. Esses fatores devem ser considerados pelos profissionais de saúde no planejamento e estruturação do cuidado, buscando identificar os casos de dor lombar precocemente e ofertar ações para prevenção de agravos, além de ações intersetoriais com a previdência social para readaptação das pessoas em suas atividades profissionais.

As crenças e concepções que pessoas e profissionais de saúde possuem sobre a Dor Lombar Crônica influenciam como o cuidado é moldado na Atenção Básica. A DLC ainda é compreendida como uma lesão causada principalmente pelo esforço físico e que deve ser tratada pelo médico ou por especialistas, principalmente através de medicações e recursos de alta densidade tecnológica. A responsabilidade sobre o cuidado apresenta concepções controversas, uma vez que as pessoas com DLC esperam receber o cuidado (através dos tratamentos) e os profissionais acreditam que as mesmas devam assumir a responsabilidade pelo seu cuidado.

A formação dos profissionais se revelou deficiente na abordagem para o cuidado da dor crônica numa perspectiva interdisciplinar, interferindo no papel que esses profissionais desempenham no cuidado às pessoas com DLC. As equipes de ESF possuem um importante papel nas ações de acolhimento, mas com pouca participação dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde em outras atividades e na responsabilização pelo cuidado às pessoas com DLC. Já em relação às equipes NASF, apenas os fisioterapeutas e profissionais de educação física interagem com as equipes de ESF e desenvolvem as principais ações de cuidado para essa população.

Os principais serviços disponibilizados na AB para as pessoas com DLC são: consultas médicas, Grupos de Dores Crônicas e Grupos de atividade Física (AF). Outras atividades como as Práticas Integrativas Complementares e consultas com outros profissionais ocorrem em algumas unidades, mas atendendo uma pequena demanda. Os principais serviços referenciados na média complexidade são: exames de diagnóstico por imagem, consultas com ortopedistas e o serviço de Fisioterapia. O fluxo de cuidados dentro da AB precisa ser ampliado com a oferta de um maior leque de serviços em função das diferentes necessidades e escolhas das pessoas com DLC, e é necessário a implementação de uma rede de atenção às pessoas com dores crônicas, ampliando e integrando os serviços para dores crônicas dos diferentes pontos de atenção.

O cuidado na Atenção Básica pode ser influenciado por muitos fatores que devem ser considerados no planejamento e avaliação dos resultados de ações e serviços. Entre eles, destacaram-se neste estudo os fatores relacionados com: a estrutura e organização dos serviços na Atenção Básica (disponibilidade e rotatividade dos profissionais, falhas no acompanhamento e monitoramento do cuidado das pessoas com DLC, ações centradas em grupos e horários de atendimento restritos); a relação entre a AB e outros pontos de atenção (falhas no serviço de referência e contrarreferência, incompatibilidade entre modelos utilizados pelos serviços públicos e privados); e a influência de outros setores no cuidado (ambiente de trabalho, previdência social, assistência social).

As percepções das pessoas sobre os resultados do cuidado revelam um efeito positivo no controle dos sintomas, mas não totalmente eficazes. Essas percepções podem estar relacionadas com as expectativas das pessoas em relação à remoção da causa e resolução completa da dor e remoção da dor. Em contrapartida, os profissionais de

saúde consideram que as principais ações ofertadas são resolutivas, mas reconhecem a fragilidade e a ausência de mecanismos para avaliação dos resultados.

O cuidado das pessoas com Dor Lombar na Atenção Básica é influenciado pela interação com a comunidade, podendo assumir particularidades e configurações diferentes em cada território local. A Atenção Básica se apresenta como o ponto de partida para o cuidado e reguladora do acesso aos outros níveis de atenção, mas em especial, para os serviços da Média Complexidade. Suas ações são pautadas na promoção da saúde e buscam integrar o cuidado da DLC (através do controle dos sintomas) e medidas de promoção da saúde (mudanças nos hábitos de vida). As principais potencialidades desse nível de atenção destacadas no estudo foram: o acesso facilitado ao cuidado através das atividades de acolhimento, a atuação dos profissionais em equipe para buscar um cuidado integral e a dinamicidade da Atenção Básica, se reestruturando constantemente e adequando suas ações para ampliar a qualidade do cuidado.

Este estudo sustentou a tese proposta de que o cuidado das pessoas com DLC na AB precisa ser planejado, considerando as características e o contexto de vida das pessoas, porém, ainda apresenta limitações em relação à organização e à resolutividade do cuidado. No entanto, o contexto desse cenário de saúde é favorável para o cuidado da DLC em função da proposta de cuidado pautada na integralidade e na promoção da saúde, e das potencialidades desse nível de atenção.

Diante dos achados, o estudo possibilitou o levantamento de algumas recomendações para o desenvolvimento de modelos e ações de cuidado às pessoas com DLC no contexto da AB:

- A DLC deve ser compreendida como uma condição crônica, que se apresenta por um longo tempo na vida das pessoas, sendo resultado da interação de múltiplos fatores (hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais, fatores biológicos e psicológicos) e pode causar limitações funcionais que prejudicam a qualidade de vida das pessoas;

- O cuidado deve ser organizado, utilizando modelos propostos para lidar com condições crônicas. Esses modelos precisam incluir: a definição de papéis e tarefas de cada profissional para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada; o

monitoramento padronizado e regular dos casos para garantir a continuidade do cuidado; adequação dos fluxos e ações de cuidado de acordo com os riscos e complexidade dos casos de DLC; implementação de diretrizes clínicas apoiadas em evidências científicas; ações de educação permanente; ampliação da utilização de sistemas de informação (identificação de subpopulações relevantes, elaboração de planos individuais de cuidado, compartilhamento de informações clínicas, acompanhamento e monitoramento dos usuários);

- É necessário o desenvolvimento de tecnologias, buscando maior efetividade para o controle da dor e diminuição da Incapacidade Funcional. Esses objetivos também poderão ser alcançados com o desenvolvimento de ações de cuidado com maior duração e inclusão de outras medidas terapêuticas (terapias cognitivas e comportamentais, exercícios terapêuticos) já evidenciadas por sua eficácia em pesquisas e diretrizes para o cuidado da DLC na Atenção Primária à Saúde, desde que as mesmas possam ser adequadas para a realidade brasileira;

- Em função da multidimensionalidade da DLC e das diferentes necessidades de cuidado das pessoas com essa condição crônica, outros profissionais de saúde das equipes NASF (assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas) podem ser envolvidos no cuidado, contribuindo com seus saberes específicos para o desenvolvimento de projetos terapêuticos e ações interdisciplinares de cuidado e promoção da saúde para as pessoas com Dor Lombar Crônica;

- Além do acolhimento das queixas dos usuários com DLC, as equipes de ESF precisam estar envolvidas, juntamente com outros profissionais, nas ações para orientação quanto às medidas preventivas, e de educação em saúde que visem o empoderamento das pessoas para o autocuidado e autogerenciamento da dor crônica, e promoção da saúde;

- As ações de educação e saúde devem abranger o preparo e empoderamento das pessoas para que autogerenciem sua saúde e reconheçam os hábitos e o estilo de vida que as possam auxiliar na manutenção e promoção da saúde, tornando-as ativas e corresponsáveis no seu cuidado. Dessa forma, recomenda-se a manutenção de grupos regulares de apoio ao autocuidado e o desenvolvimento de tecnologias

educativas e estratégias relacionais que possam favorecer a conscientização, o vínculo e participação das pessoas;

- A prevenção de novos casos de Dor Lombar Crônica também deve ser pauta no planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde. Nesse sentido, deve-se também investir em ações através do Programa Saúde na Escola (PSE), buscando conscientizar crianças, adolescentes e jovens sobre a funcionalidade do sistema músculoesquelético: dissipando crenças sobre a fragilidade da coluna e a relação entre lesões e incapacidade; e, estimulando hábitos de vida que favoreçam a saúde física e mental, diminuindo dessa forma as chances do desenvolvimento da cronicidade;

- É importante que as equipes e gestores das unidades de saúde implementem ações e estratégias para o levantamento epidemiológico e busca ativa de casos de Dor Lombar Crônica nos territórios sanitários, além de estratégias para o monitoramento e acompanhamento dos casos. Ainda se recomenda a adoção de instrumentos que possam auxiliar na classificação dos casos de acordo com o prognóstico em relação aos resultados do cuidado na Atenção Básica. Assim, sugere-se que instrumentos preditores de incapacidade e de fatores psicossociais (medo e evitação da dor, baixa autoeficácia) podem auxiliar nessa classificação e na regulação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção;

- Fortalecimento das redes de atenção à saúde e definição das linhas de cuidado para favorecer a continuidade e a integralidade do cuidado. Também é recomendado que os profissionais de saúde das equipes ESF e NASF busquem parcerias na comunidade para facilitar a manutenção do cuidado e a promoção da saúde às pessoas com Dor Lombar Crônica. Essas parcerias podem ser firmadas com os empregadores e locais de trabalho, centros comunitários que ofertam atividades físicas e para o lazer (além de cursos e oficinas educativas), academias e universidade que ofertem ações de saúde, organizações não governamentais e grupos de convivência. Além disso, os profissionais devem estimular a criação de grupos e entidades sem fins lucrativos que auxiliem as pessoas com CLD no seu cuidado.

Limitações do Estudo

O estudo apresentou algumas limitações que precisam ser consideradas na análise dos resultados. O desenho do estudo quantitativo, o tamanho da amostra e a seleção por conveniência limitam as inferências sobre os resultados, e a realização da coleta de dados em um único distrito sanitário também pode limitar a generalização em ambas as etapas do estudo (qualitativa e quantitativa). No entanto, considera-se que a utilização de métodos mistos de pesquisa e a integração dos resultados possibilitaram compensar algumas dessas limitações, produzindo resultados mais substanciados e validados. É importante destacar o desafio para desenvolver duas etapas de pesquisa simultâneas e que envolvem habilidades e experiência dos pesquisadores em diferentes abordagens metodológicas, além do trabalho minucioso para identificação das divergências e convergências durante a integração dos dados.

Implicações do Estudo

Para Prática Assistencial: os resultados apontam para a necessidade de ampliar a compreensão da DLC como uma condição crônica, que assim como outras condições que cursam com a cronicidade, implicam numa lógica de cuidado diferente das condições agudas. O cuidado no contexto da AB, ao ser realizado – considerando a característica multifacetada da DLC, e ofertando ações que abrangem tanto a prevenção e promoção de saúde, como o controle dos sintomas e diminuição da incapacidade – busca melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. O cuidado precisa envolver as pessoas com DLC, empoderando-as e tornando-as ativas e participativas no seu cuidado, além de envolver ações intersetoriais e parcerias na comunidade para ajudarem nesse processo. Para isso, é necessário a corresponsabilização entre pessoas e profissionais das equipes da Atenção Básica, que devem atuar conjuntamente na construção do plano de cuidados. Também são necessárias a adoção de instrumentos e estratégias para que auxiliem na identificação e monitoramento dos casos de DLC, na qualificação das ações de regulação e na avaliação da resolutividade e eficácia do cuidado ofertado.

Para as Políticas Públicas: Em função do impacto econômico e social gerado pela DLC como condição crônica e a frequente utilização dos serviços de saúde pelas pessoas que convivem com essa condição, a DLC e outras dores crônicas devem ser incluídas no planejamento e

monitoramento das condições crônicas não transmissíveis. Além disso, recomenda-se a elaboração de políticas públicas de saúde e diretrizes para auxiliarem os profissionais de saúde na organização do cuidado para essa população, bem como ações para o fortalecimento de redes de atenção para pessoas com dores crônicas no sistema de saúde, visando a qualidade da assistência oferecida nos diversos níveis de atenção, em especial no nível primário.

Para o processo de Formação Acadêmica: preparar e qualificar os futuros profissionais de saúde para compreender a DLC como uma condição crônica e desenvolver habilidades para o cuidado não só voltadas para o manejo dos sintomas, mas também, capacitá-los para que possam utilizar diferentes tecnologias educativas e relacionais que são fundamentais na Atenção Básica, e favoreçam a vinculação das pessoas ao serviço de saúde e a participação das mesmas no processo de cuidado. O processo de formação acadêmica deve desenvolver competências profissionais para a atuação interdisciplinar no âmbito da Atenção Básica, através da integração dos projetos pedagógicos dos cursos na área de saúde. A interação e o desenvolvimento de atividades conjuntas favorecem o aprendizado para a atuação interdisciplinar e desenvolvimento de habilidades para a formação de planos e projetos terapêuticos construídos através da integração dos saberes disciplinares e de relações dialógicas e horizontalizadas. A contribuição para a formação acadêmica também está em ressaltar a DLC como condição crônica e das condições geradas por ela à vida das pessoas acometidas, ou seja, as implicações da cronicidade para as pessoas, famílias, sociedade, Estado e sistema de saúde.

Para a pesquisa acadêmica: A pesquisa com métodos mistos além de inovadora, foi desafiadora, pois trabalhar com duas abordagens distintas – quantitativas e qualitativas exigiu um esforço maior como pesquisadora ao ter que dominar técnicas de coleta e análise de dados de cada etapa e relacionar os resultados. Estes mostraram que o cuidado da dor lombar crônica no âmbito da Atenção Básica à Saúde ainda é uma temática recente na área de pesquisa, com a necessidade de pesquisas que explorem as práticas de cuidado utilizadas nesse nível de atenção e também estudos de intervenção que avaliem a eficácia das mesmas. Também são necessários estudos voltados para as pessoas que convivem com a DLC, a fim de compreender melhor suas necessidades de cuidado em saúde e expectativas sobre o cuidado, buscando informações que

possam contribuir para ofertar ações e serviços mais qualificados e resolutivos e que favoreçam a adesão dessa população. As pesquisas acadêmicas ainda podem contribuir com o desenvolvimento de instrumentos para avaliação e monitoramento dos casos, predição de desenvolvimento de dor crônica e tecnologias educativas e de cuidado em saúde para as pessoas com Dor Lombar Crônica.

REFERÊNCIAS

ADORNO, M.L.G.R.; BRASIL-NETO, J.P. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 202-207, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522013000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2016.

AHLES, T. et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. **Ann Fam Med**, v. 4, p. 341-350, 2006.

AIRAKSINEN, O. et al. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. **European Spine Journal**, v. 15, n. suppl. 2, p. S192-S300, mar. 2006.

ALAMO, M. M.; MORAL, R. R.; TORRES, L. A. P. D. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. **Patient Education and Counseling**, v. 48, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2802%2900095-2>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

ALMEIDA, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set. 2013.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2016.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011.

ANDERSSON, G. B. J. Epidemiological features of chronic low-back pain. **The Lancet**, London, v. 354, 1999. Disponível em: <http://www.societyns.org/runn/2008/andersson_pain.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2014.

ANDRADE, F. B. D. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

ANDREW, S.; HALCOMB, E. J. (Eds.) **Mixed methods research for nursing and the health sciences**. UK: Wiley-Blackwell, 2009.

ANGST, F. et al. Clinical effectiveness of an interdisciplinary pain management program compared with standard inpatient rehabilitation in patient in chronic pain: a naturalistic prospective controlled cohort study. **MDJ Rehabil Med**, v. 41, p. 569-575, 2009.

ANTUNES, R.S. et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 21, n. 1, p. 27-29, 2013.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015 .

AUSTRÁLIA. Departamento de Saúde. Perth: Health Networks Branch. **Spine Pain Model of Care**, Western, Australia, 2009. p. 45.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded heory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009.

BAILLY, F. et al. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study. **Joint Bone Spine**. v. 82, n. 6, p. 437-441, dez. 2015.

BALAGUÉ, F. et al. Clinical update: low back pain. **The Lancet**, London, v. 369, n. 9563, 2007. Disponível em:

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960340-7/fulltext#article_upsell>. Acesso em: 03 nov. 2013.

_____. Non-specific low back pain. **Lancet**. v. 4, n. 379, p. 482-489, feb. 2012.

BARR, V. J. et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. **Hospital Quarterly**, v. 7, n. 1, Nov. 2003. Disponível em: <<http://www.longwoods.com/content/16763>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BEAUDREUIL, J. et al. Chronic low back pain: Economic impact in the patient perspective (LombEco 1). In: **Annals** 27th Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, França, 2012.

BECKER, A. et al. Low Back Pain in Primary Care: Cost of care and prediction of future health care utilization. **Spine**, v. 35, n. 18 p. 1714-1720, 2010.

BENER, A.; DAFEEAH, E.E.; ALNAQBI, K. Prevalence and correlates of low back pain in primary care: what are the contributing factors in a rapidly developing country. **Asian Spine Journal**. v. 8, n. 3, p. 227-236, 2014.

BLYTH, F. Chronic pain- is it a public health problem? **Pain**, v. 137, n. 3, p. 465-466, 2008.

BLYTH, F. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v. 89, n. 2-3, p. 127-134, 2001.

BRASIL. **Atenção Básica da Saúde da Família**: resultados alcançados em 2009. Portal da Saúde. [site na Internet]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 28 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

_____. _____. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, Brasil, 2012.

_____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

_____. _____. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

_____. _____. **Portaria n. 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Publicada no DOU de 20/02/2013, seção I, página 71. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Brasil.

_____. _____. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 out. 2013.

_____. _____. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**.

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Brasil. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 dez. 2013.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____._____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial [da] União n. 12, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59. Brasília, Brasil. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BOSY, D. et al. An Interdisciplinary pain rehabilitation programme: description and evaluation of outcomes. **Physiotherapy**. v. 62, n. 4, p. 316-326, 2010.

BREMANDER, A; BERGMAN, S. Non-pharmacological management of musculoskeletal disease in primary care. **Best Pract Res Clin Rheumatol**. v. 22, n. 3, p. 563-577, jun. 2008.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-37.

BUXTON, M. J. et al. Modelling in economic evaluation: an unavoidable fact of life. **Health Economics**, v. 6, n. 3, p. 217-227, 1997.

Disponível em: <<http://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v6y1997i3p217-227.html>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARAVIELLO, E. Z. et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Acta Fisiatr.**, v. 12, n. 1, p. 11-14, 2005.

CASTELLANOS, M.E.P. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. In: CASTELLANOS, M.E.P.; BOMFIM, L.A. (Orgs.). **Cronicidade [e-book]:** experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015.

CECÍLIO, L. C. D. O. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. M., R. A. DE (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** Guia prático para análise qualitativa. Tradução: Joyce Elias costa. Porto alegre: Artmed, 2009. 272 p.

_____. **Constructing Grounded Theory**. 2. ed. Sage Publications, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2014.

COLEMAN, K. et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health Affairs**, Maryland, v. 28, n. 1, p. 75-85, jan./fev., 2009. Disponível em:

<<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.abstract> >. Acesso em: 12 nov. 2013.

CORDEIRO, Q. et al. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 2, p. 101-105, 2008.

CORSON, K. et al. Primary care clinician adherence to guidelines for the management of chronic musculoskeletal pain: results from the study of the effectiveness of a collaborative approach to pain. **Pain Medicine**. v. 12, n. 10, p.1490-1501, oct. 2011.

COSTA, L.C. et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. **BMJ**, v. 339, p. b3829, 2009.

COSTA, L.O. et al. Psychometric characteristics of the Brazilian-Portuguese versions of the functional rating index and the roland morris disability questionnaire. **Spine**, v. 32, n. 17, p. 1902-1907, aug. 2007.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Tradução: Magada Lopes. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CROWE, M. et al. Listening to the body and talking to myself – the impact of chronic lower back pain: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 5, p. 586-592, 2010. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909003198> >. Acesso em: 05 jul. 2013.

CRUZ, C.D.S.S. et al. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013.

CURRIE, S. R.; WANG, J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. **Pain**, v. 107, n. 1-2, p. 54-60, 2004. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030439590300397X> >. Acesso em: 28 nov. 2013.

DAGENAIS, S.; CARO, J.; HALDEMAN, S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, v. 8, n. 1, p. 8-20, jan./feb. 2008. Disponível em: <<http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/a-systematic-review-of-low-back-pain-cost-of-illness-studies-in-the-HMnroiL0oz>>. Acesso em: 26 set. 2013.

DAGENAIS, S.; TRICCO, A. C.; HALDEMAN, S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. **The Spine Journal**, v. 10, n. 6, p. 514-529, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1529943010002883>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2016.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration**. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005.

DEYO, R.A. et al. Overtreating chronic back pain: time to back off? **The Journal of the American Board of Family Medicine**. n. 22, n.1. p. 62-68, jan./feb. 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DIAZ-CERRILLO, J.L.; RONDÓN-RAMOS, A. Diseño de um instrumento educativo para pacientes com lombalgia crónica inespecífica atendidos em Atención Primaria. **Atención Primária**. v. 47, n. 2, p. 117-123, 2015.

DOBSCHA, S. K. et al. Collaborative Care for chronic pain in primary care a cluster randomized trial. **JAMA**, v. 301, n. 12, mar. 2009.

EKMAN, M. et al. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 30, n. 15, p. 1777-85, Ago., 2005.

ELFVING, B.; ANDERSSON, T.; GROOTEN, W.J. Low levels of physical activity in back pain patients are associated with high levels of fear-avoidance beliefs and pain catastrophizing **Physiother Res Int**, v. 12, p. 14-24, 2007.

ERDMANN, A.L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000400016&lng=e>. Acesso em: 12 jul. 2013.

ERIKSEN, J. et al. Health care utilization among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. **European Journal of Pain**, v. 8, n. 6, p. 517-523, dez. 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2003.12.001/full>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

EPPING-JORDAN, J. E. et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. **Quality and Safety Health Care**, v.13, p. 299-305, 2004.

FALCON, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2014.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FARMER, M.A.; BALIKI, M.N.; APKARIAN, A.V. A dynamic network perspective of chronic pain. **Neuroscience Letters**, v. 520, n. 2, p. 197-203, jun. 2012.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 feb. 2016.

FOSTER, N.E. et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. **Pain**, v. 148, n. 3, p. 398-406, 2010.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2013.

FREBURGER, J. K. et al. The rising prevalence of chronic low back pain. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, p. 251-258, 2009. doi:10.1001/archinternmed.2008.543

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. Rino. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

FRIESSEM, C.H.; WILLWEBER-STRUMPF, A.; ZENZ, M.W. Chronische Schmerzen in deutschen Facharztpraxen. Die aktuelle Inanspruchnahme des ambulanten Gesundheitssystems anhand der Prävalenz von Schmerzen. **Schmerz**, v. 24, p. 501-550, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos distritos sanitários por centros de saúde no município de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. _____. Portaria Municipal n. 11 de 29 de fevereiro de 2012. **Acrescenta à categorial profissional intitulada Fisioterapia ao art. 1º, da Portaria nº 084/2005**. Diário Oficial do Município de Florianópolis, 2012.

GARCIA, B.T.; VIEIRA, E.B.M.; GARCIA, J.B.S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em patients portadores de síndromes dolorosas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GARNELO, L. et al . Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 158-172, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2016.

GATCHEL, R. J. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin**, v. 133, n. 4, p. 581-624, jul. 2007.

GAZZINELLI, M.F. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 49, n. 2, p. 284-291, 2015.

GIESECKE, T. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. **Arthritis & Rheumatology**. 2004; 50: 613-623

GHAFFARI, M. et al. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. **Occup Med**, v. 58, n. 3, p. 341-347, 2008.

GORE, M. et al. The burden of chronic low back pain clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine**, v. 37, n. 11, p. E668-E677, may 2012.

GOUVEIA N. et al. Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. **Rheumatol Int.**, v. 36, p. 183-197, 2016.

GREGG, D.D. et al. Outcomes of an interdisciplinary rehabilitation programme for the management of chronic low back pain. **Journal of Health Primary care**. v. 3, n. 3, p.222-227, 2011.

GROTTLE M, FOSTER NE, DUNN KM, CROFT P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? **Pain**. 2010. Dec 151(3): 790-7

HALL, H.; GRIFFITHS, D. From Darwin to constructivism: the evolution of grounded theory **Nurse Researcher**, v. 20, n. 3, p. 17-21, jan. 2013.

HALLADAY, J.R. et al. More extensive implementation of the chronic care model is associated with better lipid control in diabetes. **Journal of the American Board of Family Medicine**. v. 27, n. 1, jan./feb. 2014.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, Jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Mar. 2014.

HAYDEN, J.A. et al. What is the prognosis of back pain? Best Practice & Clinical Rheumatology. V24, n2, april 2010. P.167-179. 2010

HAYES, C.; HODSON, F. J. A Whole-Person Model of Care for Persistent Pain: From Conceptual Framework to Practical Application. **Pain Medicine**, v. 12, n. 12, p. 1738-1749, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2011.01267.x/full>>. Acesso em: 06 Maio 2013.

HARZARD, R. G. et al. Patient-centered evaluation of outcomes from rehabilitation for chronic disabling spinal disorders: the impact of personal goal achievement on patient satisfaction. **Spine Journal**, v. 12, n. 12, p. 1132-1137, Dez. 2012. Disponível em: <<http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430%2812%2900997-7/fulltext>>. Acesso em: 02 Jun. 2013.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Lombalgia Ocupacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 5, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Mar. 2013.

HENSCHKE, N. et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. **BMJ**, v. 337, p. a171, 2008.

HIGGINBOTTOM, G.; LAURIDSEN, E.I. The roots and development of constructivist grounded theory. **Nurse Researcher**. v. 21, n. 5, p. 8-13, 2014.

HIRSCH, O. et al. Low back pain patient subgroups in primary care: pain characteristics, psychosocial determinants, and health care utilization. **Journal of Pain**. v. 30, n. 12, p.1023-1032, 2014.

HONG, J. et al. Costs associated with treatment of chronic low back pain: an analysis of the UK General Practice Research Databas. **Spine**, v. 38, n. 1, p. 75-82, jan. 2013.

HOPAYIAN, K.; NOTLEY, C.N. A systematic review of Low back pain and sciatica patient's expectation and experiences of health care. **The Spine Journal**. v. 14, n. 17, p. 1769-1789, 2014.

HOY, D. et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis Rheum**, v. 64, p. 2028-2037, 2012.

_____. The epidemiology of low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol.**, v. 24, p. 769-781, 2010.

_____. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 73, p. 968-974, 2014.

HUDON, C. et al. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. **Patient Educ Couns.**, v. 88, n. 2, p. 170-176, ago. 2012.

HUNTER, A. et al. Navigating the grounder theory terrain. Part 1. **Nurse Researcher**. v. 18, n. 4, p. 6-10, 2011.

IJZELENBERG, W.; BURDORF, A.A. Patterns of care for low back pain in a working population. **Spine (Phila Pa 1976)**, Philadélfia, v. 29, n. 12, p. 1362-1368, jun. 2004.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15187640>>.
Acesso em: 20 set. 2013.

ICIC. IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE (ICIC). **The Chronic Care Model**. Disponível em: <<http://www.improvingchroniccare.org>>.
Acesso em: 27 fev. 2013.

IBGE.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2013**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540>>.
Acesso em: 02 fev. 2014.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. IASP Press: 2 ed. 1994

JEFFRIES, L.J.; MILANESE, S.F.; GRIMMER-SOMERS, K.A. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature. **Spine**, v. 32, n. 23, p. 2630-2637, nov. 2007.

KAMPER, S.J. et al. Multidisciplinary biosychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 350, p. 1-11, 2015.

KARPPINEM, J. et al. Management of degenerative disk disease and chronic low back pain. **Orthopedic Clinics of North America**, v. 42, p. 513-528, 2011.

KELLY, G.A. The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. **The Clinical Journal of Pain**. v. 27, n. 2, p. 169-181, feb. 2011.

KOES, B.W. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **European Spine Journal**. v. 19, p. 2075-2094, 2010.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, v. 332, p. 1430-1434, 2006.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 3, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2013.

KOVACS, F.M. et al. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management **BMC Health Serv Res**. v. 17, p. 6-57, may 2006.

KROENKE, K. et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 301, n. 20, p. 2099-2110, 2009.

LACERDA, J.T.; MORETTI-PIRES, R.O. **Processo de trabalho na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

LEEuw, M. et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. **J Behav Med.** v. 30, p. 77-94, 2007.

LIMA; M. A. G.; TRAD, L. A. B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 23, n. 11, p. 2672-2680, nov. 2007.

LIN, C.W.C. et al. Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. **Pain,** v. 152, p. 607-613, 2011.

LOMBORG, K.; KIRKEVOLD, M. Truth and validity in grounded theory :a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. **Nursing Philosophy.** v. 4, n. 3, p. 189-200, out. 2003.

LUCENA, A. D. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 40, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2013.

LUZ, M. Complexidade do Campo de Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sóciohistórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.,** São Paulo, v.18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

MACFARLANE, G.J. et al. The prevalence and management of low back pain across adulthood; Results from a population-based cross-sectional study (the musician study). **Pain,** v. 153, p. 27-32, 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2014.

MARQUES-FERREIRA, M.L.; BARREIRA-PENQUES, R.M.; SANCHES-MARIN, M.J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 216-225, 2014.

MARTINEZ, J.E.M. et al. Perfil de pacientes com queixa de dor músculoesquelética em unidade básica em Sorocaba. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 6, p. 167-171, 2008.

MASI, A.T.; WHITE, K.P.; PILCHER, J.J. Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: Justification from biopsychosocial perspectives in populations. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 32, n. 2, p. 71-93, out. 2002. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017202000574>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

MATA, M.S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MATHEW, J. et al. Backing up the stories: The psychological and social costs of chronic low-back pain. **The International Journal of Spine Surgery**, v. 7, n. 1, p. e29-e38, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211459913000064>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

MATOS, M. G. et al. Dor Lombar em usuários de um plano de saúde. Prevalência e Fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2014.

MATTHIAS, M. S. et al. The patient-provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives. **Pain Medicine**, v. 11, n. 11, p. 1688-1697, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x/full>>. Acesso em: 08 jul. 2103.

MELO, S. C. C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2014.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2011. 554 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MEUCCI, RD.; FASSA, A.C.G.; FARIA, N.M.X. Prevalência de dor lombar crônica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100408&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2016.

MEUCCI, R.D. et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. **BMC Musculoskelet Disord**. v. 1, n. 14, p. 155, may 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MORCH, F.L.; TONI, P.M. **A influência da privação do sono na qualidade de vida**. In: IX Seminário de pesquisa, iniciação científica. Nobembro, 2005.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a forma, reformar o pensamento**. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

_____. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

_____. **Ciência com consciência**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORONE, G. et al. Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: a single blind randomized controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 47, n. 4, p. 533-541, 2011.

MORTIMER, M.; AHLBERG, G.; GROUP, M. U.-N. S. To seek or not to seek? Care-seeking behaviour among people with low-back pain. **Scand J Public Health**, v. 31, n. 3, p. 194-203, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850973>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MORSE, J.M.; NIEHAUS, L. **Mixed Method Design: Principles and Procedures**. Walnut Creek: Left Coast Press Inc., 2009. 193 p.

NASCIMENTO, P.R.C.; COSTA, L.O.P. Prevalência de dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1141-1155, 2015.

NOBREGA, R. D. D. E. A. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2014.

NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH. **Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society**. Oslo: Directorate of Health, 2008.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Braz Med Biol Res**. v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001.

OCARINO, J. M. et al. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 343-349, jul./ago. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000400012&script=sci_arttext> . Acesso em: 04 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA, F.N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PALACIOS-CEÑA, D. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: an updated population-based national study (2009/10–2011/12). **Eur Spine J**, v. 24, p. 482-492, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATIOSEN (PAHO). **Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks**. WASHINGTON: PAHO, 2012.

PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade: conceitos e distinções**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2008.

PELZANG, R. Time to learn: understanding patient-centred care. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 14, p. 912-917, 2010.

PETERSEN, J.J. Implementation of chronic illness care in German primary care practices--how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. **BMC Health Serv Res**. v. 14, p. 336, aug. 2014.

PIETIKÄINEN, S. et al. Health-related and sociodemographic risk factors for disability pension due to low back disorders: a 30-year prospective finnish twin cohort study. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, v. 53, n. 5, p. 488-496, may 2011. Disponível em: doi: 10.1097/JOM.0b013e31821576dd. Acesso em: 08 jul. 2013.

PILLASTRINI, P. et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. **Joint Bone**

Spine, v. 79, n. 2, p. 176-185, mar. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1297319X11000777/1-s2.0-S1297319X11000777-main.pdf?_tid=f29202e4-e02e-11e2-bdeb-00000aacb35e&acdnat=1372450481_6f4b06373d707828658bb4e15ebe08c5>. Acesso em: 19 abr. 2013.

PINTO, R.Z. et al. Self-reported moderate-to-vigorous leisure time physical activity predicts less pain and disability over 12 months in chronic and persistent low back pain. **Ejp**, v. 18, n. 8, p.1190-1198, fev. 2014. Wiley-Blackwell. Disponível em: <<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1002/j.1532-2149.2014.00468.x>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

QUITTAN, M. Management of back pain. **Disabil Rehabil**, v. 24, n. 2, p. 423-434, 2009.

RAFTERY, M.N. et al. Chronic pain in the Republic of Ireland--community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1. **Pain**. v. 152, n. 5, p. 1096-1103, may, 2011.

RAMOND, A. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. **Family Practice**. v. 28, n. 1, p. 12-21, fev. 2011.

REIS, A. A. et al. Projeto "Vida e ação": atuação multiprofissional no cuidado a hipertensos e diabéticos na atenção à saúde da família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2014.

REME, S. E. et al. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. **European Journal of Pain**, v. 15, n. 10, p. 1075-1080, maio 2011. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2011.04.012/full>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

RIGH L.J et al. Cellular memory in spinal nociceptive circuitry. **Scand J Psychol.** v. 43, n. 2, p. 153-159, apr. 2002.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? **Index Enferm**, Granada, v. 17, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2014.

ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.** v. 2, n. 3, p. 463-447, set./dez. 2012.

ROUSSEL, N.A. et al. Central sensitization and altered central pain processing in chronic low back pain: fact or myth? **Clinical Journal of Pain.** v. 29, n. 7, p. 625-638, jul. 2013.

RUBIN, D. I. Epidemiology and risk factors for spine pain. **Neurol Clin**, v. 25, n. 2, p. 353-71, maio 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17445733>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

SAGHEER, M.A.; KHAN, M.F.; SHARIF, S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 63, n. 6, p. 688-690, jun. 2013.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. O. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária européia.** Brasília: Ministério da Saúde / Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.

SALVETTI, M.G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 16-23, 2012.

SANTOS I, L. E. **Grounded Theory segundo Charmaz**: experiências de utilização do método. Infocursos. set. 2011. Publicação Eletrônica. Disponível em: <<http://www.infocursos.ca/MyScriptorAdmin/scripto.asp?resultat=462761>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

SARDÁ, J.J.J. et al. Validação do questionário de incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Rev Dor**, v. 11, n. 1, p. 28-35, 2010.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, jul./set. 2013.

SAVINGY, P. et al. **Lowback pain**: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. London, 2009.

SCHERER, M. D. A.; MARINO; S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias kuhnianas. **Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SCHNEIDER, S. et al. Work place stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. **Internacional Archives of Occupational Environmental Health**, v. 78, p. 253-269, 2005.

SCHUTZE, R. et al. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. **Pain**, v. 148, n. 1, p. 120-127, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19944534>>. Acesso em: 13 maio 2013.

SCHUTZE, R. et al. Mindfulness-based functional therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. **Frontiers in Psychology**. v. 5, p. 839, 2014.

SCHWAB, G.L. et al. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em

Curitiba. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 307-318, out. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2016.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, jun. 2010.

SEZGIN, M. et al. Sleep quality in patients with chronic low back pain: a cross-sectional study assessing its relations with pain, functional status and quality of life. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 28, p. 433-441, 2015.

SILVA, G.G.; SIRENA, S.A. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 123-133, jan./mar. 2015.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M. R. C. Z.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, apr. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014.

SILVA JÚNIOR, A. G. D.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI M V G C, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41.

SILVESTRE, M. V. et al. Regulação e gestão de filas de espera: uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia do Município de Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**. Ano 2. v. 2, 2014.

SINGH, D.; HAM, C. **Improving care for people with long term conditions**: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SNELGROVE, S.; LIOSSI, C. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. **Chronic Illness**, v. 9, n. 4, p. 283-301, 2013.

SOUSA, F. G. M. D. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, E.C.F.C. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, J.B. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 2, p. 145-150, apr. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2016.

SOUZA, L.; FRANK, A.O. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. **Disability and Rehabilitation**. v. 33, n. 4, p. 310-318, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEFANE, T. et al . Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2016.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2. ed.

Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TAVAFIAN, S.S.; JAMSHIDI, A.R.; MONTAREZI, A. A randomized study of Back School in women with chronic low back pain: quality of life at three, six, and twelve months follow-up. **Spine**, v. 33, n. 15, p. 1617-1621, 2008.

TEH, C. F. et al. Older People's Experiences of Patient-Centered Treatment for Chronic Pain: A Qualitative Study. **Pain Medicine**, v. 10, n. 3, p. 521-530, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841780/>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILLASBOAS, A.L. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

TSUKIMOTO, G. R. **Avaliação longitudinal da escola de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland-Morris Short Form Health Survey (SF-36)**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

UPSHUR, C. C.; BACIGALUPE, G.; LUCKMANN, R. "They Don't Want Anything to Do with You": Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. **Pain Medicine**, v. 11, n. 12, p. 1791-1798, dez. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1526-4637.2010.00960.x/asset/j.1526-4637.2010.00960.x.pdf?v=1&t=hihtend7&s=2609f1eb08e6d770c270569296558a8b7194a21c>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

VALENZUELA-PASCUAL, F. et al. The influence of a biopsychosocial educational internet-based intervention on pain, dysfunction, quality of life, and pain cognition in chronic low back pain patients in primary care: a mixed methods approach. **BMC Medical Informatics and Decision Making**. v. 15, n. 97, p. 1-9, 2015.

VAN DER HULST, M.; VOLLENBROEK-HUTTEN, M.M.; IJZERMAN, M.J. A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. **Health Services Research**, v. 30, n. 7, p. 813-825, apr. 2005.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 16, n. 5, p. 761-775, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694202902676>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

VERKERK, K. et al. Prognosis and course of disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a 5 and 12-month follow-up cohort study. **Physical Therapy**. v. 93, n. 12, p. 1603-1614, 2013.

VERKERK, K. et al. Prognosis and Course of Work-Participation in Patients with Chronic Non-Specific Low Back Pain: A 12-Month Follow-up Cohort Study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 47, n. 9, p. 854-859, oct. 2015.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.133-141, 2013.

VIEIRA, A. Perfil de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas encaminhados ao “grupo da coluna”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 571-584, jul./set. 2014.

VON KOERFF, M. et al. Frequency and priority of pain patients' health care use. **The Clinical Journal of Pain**, v. 23, n. 5, p. 400-408, jun. 2007.

VROMAN, K.; WARNER, R.; CHAMBERLAIN, K. Now let me tell you in my own words: narratives of acute and chronic low back pain. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 12, p. 976-987, 2009.

VUORI, I.M.; LAVIE, C.J.; BLAIR, S.N. Physical activity promotion in the health care system. **Mayo Clin Proc.** v. 88, n. 12, p. 1446-1461, dec. 2013. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020.

WAGNER, E. H. The changing face of chronic disease care. In: (Ed.). **Curing the system: stories of change in chronic illness care.** Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/ The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

WALKER, B.F. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. **J Spinal Disord,** v. 13, p. 205-217, 2000.

WEINER, S. S.; NORDIN, M. Prevention and management of chronic back pain. **Best Practice & Research in Clinical Rheumatology,** v. 24, n. 2, p. 267-279, abr. 2010. Disponível em: <Go to ISI>://WOS:000276679600011 >. Acesso em: 22 nov. 2013.

WILKENS, P. et al. Prognostic factors of prolonged disability in patients with chronic low back pain and lumbar degeneration in primary care. **Spine.** v. 38, n. 1, p. 65-74, 2012.

WYNNE-JONES, G.; DUNN, K.M.; MAIN, C.J. The impact of low back pain on work: a study in primary care consultants. **Eur J Pain.** v. 12, n. 2, p. 180-188, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Activity. Fact Sheet n. 385. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>, 2015.

WOOLF, C.J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. **Pain.** v. 152, Suppl 3, p. S2-S15, mar. 2011.

ZALE, E.L.; DITRE, J.W. Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. **Current Opinion In Psychology,** v. 5, p. 24-30, out. 2015.

ZANEI, S.S.V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36:** confiabilidade, validade e

concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA O REGISTRO DOS DADOS

PESQUISA: Dor lombar crônica em adultos atendidos pela atenção primária no município de Florianópolis

IDENTIFICAÇÃO

Número: _____ **Data da Entrevista:** _____

Entrevistador: _____

Nome Completo do Entrevistado _____

Data de Nascimento: _____ **Telefone para Contato:** _____

Local da Coleta _____

Observação: Antes de aplicar o instrumento, confirmar se o participante atende os critérios de inclusão (Folha de Critérios de Inclusão)

PARTE 1: DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS	
Variáveis	Campo p/ digitação
<p>1. Qual a sua idade e data de nascimento?</p> <p>Idade: _____ anos DN: __/__/____</p>	Idade _____
<p>2. Sexo: (1) Homem (2) Mulher</p>	Sexo _____
<p>3. Estado Civil (1) solteiro (2) casado (3) separado/divorciado (4) viúvo</p>	Est.civ. _____
<p>4. Situação familiar:</p> <p>(1) vive sozinho (2) vive com companheiro</p> <p>(3) não tem companheiro, mas vive com filhos/pais/parentes</p> <p>(4) vive com companheiro e com filhos/netos (5) outra situação: _____</p>	sitfam _____
<p>5. Com quantos salários mínimos a sua família vive?</p> <p>_____ salários mínimos</p>	rendafam _____
<p>6. Até que ano você estudou? _____ anos de estudo</p> <p style="text-align: center;"><u>Tabela Fase Escolar</u></p> <p><i>Ensino Fundamental 1 (primeiro ao quinto ano) = 1 a 5 anos</i> <i>Ensino Fundamental 2 (sexto ao nono ano) = 6 a 9 anos</i></p>	anos_est _____

<p><i>Ensino Médio (1, 2 e 3º ano) = 10 a 12 anos</i> <i>Ensino superior (incompleto/completo) = 13 ou mais anos</i></p>	
PARTE 2: DADOS OCUPACIONAIS	
<p>7. Qual o seu ocupação atual? _____</p> <p><i>OBS: considerar também como ocupação: dona de casa/estudante</i></p>	<p>prof</p> <p>_____</p>
<p>8. Qual a sua situação atual em relação ao trabalho?</p> <p>(1)Ativo (2)Afastado (3)Aposentado (4)Desempregado</p> <p><u>Se a resposta da questão corresponder aos itens 2, 3 ou 4, assinalar 88 (não se aplica) na questão 10 e 11</u></p>	<p>sit_atual _____</p> <p>-</p>
<p>8. Tempo que exerce ou exerceu a função atual</p> <p>_____ meses _____ anos</p> <p><i>Se o participante relatar tempo inferior ano, anotar o número de meses (nos códigos usar 0,1/0,2</i></p>	<p>Temp_trab _____</p>
<p>9. Carga horária de Trabalho:</p> <p>(1) 4 horas/dia (2) 6 horas/dia (3) 8 horas/dia</p> <p>(4) 12 horas/dia (5) ocasional (sem CH fixa) (88) NA</p>	<p>ch_dia _____</p>
<p>10. Você está satisfeito com a atividade profissional que exerce atualmente?</p> <p>(0) não (1) sim (88) N.A</p>	<p>satisf_trab _____</p>

*Se a resposta na questão 8 for (3) ou (4), assinalar (88) nesta questão	
PARTE 3: INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	
11. Você é fumante? (0) Não Fumante (1) Ex-fumante (2) Fumante	tabag _____
12. Você realiza algum tipo de atividade física? (0) Não (1) Sim <i>Se a resposta da questão for não, assinalar 88 (não se aplica) nas questões 14e 15</i>	Ativ_fisicaSN _____
13. Quantas vezes por semana você pratica atividade física? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco () seis () sete (88) NA (99) IGN Tempo médio de atividade por dia : _____	freq_AF _____
14. Qual atividade física você realiza? (1) caminhada (2) ginástica (3) musculação (4) hidroginástica (5) dança (88) NA Outros : _____	tipoAF _____
15. Qual o seu peso atual? _____ Kilos	Peso _____
16. Qual a sua altura? _____ metros <u>Utilizar 2 casas após a virgula (ex: 1.71 m). Se o paciente não souber utilizar o código 99 (IGN)</u>	Altura _____

<p>18. Como você considera a qualidade do seu sono?</p> <p>(1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	<p>quali_sono</p> <p>_____</p>																																				
<p>17. Com que frequência você tem consumido bebidas alcoólicas nos últimos doze meses?</p> <p>(0) Não bebo (1) 1 ou 2 x por semana (2) esporadicamente (3) diariamente</p>	<p>cons-alcool _____</p>																																				
<p>20. A dor lombar prejudica sua vida sexual?</p> <p>(0) não (1) sim (88) NA/atuamente não tem vida sexual</p>	<p>vi.sex)_____</p>																																				
<p>21. Quais doenças abaixo você tem e foram confirmadas por seu médico?</p> <table border="1" data-bbox="138 783 717 1345"> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Artrite</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Asma/bronquite</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Fibromialgia</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Depressão</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doenças da tireóide</td> <td>(0) não (1) sim (99) IGN</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>Quais:</td> </tr> </table>	Hipertensão	(0) não (1) sim (99) IGN	Diabetes	(0) não (1) sim (99) IGN	Artrite	(0) não (1) sim (99) IGN	Asma/bronquite	(0) não (1) sim (99) IGN	Osteoporose	(0) não (1) sim (99) IGN	Fibromialgia	(0) não (1) sim (99) IGN	Depressão	(0) não (1) sim (99) IGN	Doenças da tireóide	(0) não (1) sim (99) IGN	Outros	Quais:	<table border="1" data-bbox="740 687 897 1326"> <tr> <td>21HA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21diabetes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21artrite</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21as-bronq</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21osteop.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21FMG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21depans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21alt-tireoide</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21outros</td> <td></td> </tr> </table>	21HA		21diabetes		21artrite		21as-bronq		21osteop.		21FMG		21depans		21alt-tireoide		21outros	
Hipertensão	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Diabetes	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Artrite	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Asma/bronquite	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Osteoporose	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Fibromialgia	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Depressão	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Doenças da tireóide	(0) não (1) sim (99) IGN																																				
Outros	Quais:																																				
21HA																																					
21diabetes																																					
21artrite																																					
21as-bronq																																					
21osteop.																																					
21FMG																																					
21depans																																					
21alt-tireoide																																					
21outros																																					
<p>PARTE 4: DADOS SOBRE A DOR LOMBAR CRÔNICA</p>																																					

Outros () não () sim	
Outros:	
29. Você se sentiu satisfeito com as orientações que recebeu? (0) Não (1) Sim	satisf.orient ____
30. O senhor recebeu orientação sobre:	
O que provoca a dor lombar ? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei	30or.caus ____ 30or.lidar ____
Que o senhor tem uma dor crônica e precisa aprender a lidar com ela? (0) não (0) Sim (1) não lembro/Não sei	30or.calor ____ 30or.post ____ 30or.posi ____
Utilizar o calor para aliviar a dor? (0) não (0) sim (1) não lembro/Não sei	30or.peso ____ 30or. mr ____
Os Cuidados com a postura durante as atividades? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei	30or.med ____ 30or.exer ____
Posições mais adequadas para dormir? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei	30or.trat ____ 30ori.eviti ____ 30ori.out ____
Cuidados para carregar objetos (0) não (1) Sim (2) não lembro/Não sei	

<p>pesados?</p> <p>Evitar movimentos repetitivos? (0) não (1) Sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Medicação? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Importância de fazer exercícios para controlar a dor? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Quais são os tratamentos mais adequados para o seu problema? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Situações que pioram o seu caso e que o senhor deve evitar? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Outras?? (0) não (1) sim (2) não lembro/Não sei</p> <p>Outras:</p>																	
<p>31. Quais os tratamentos que você já realizou e que ajudaram a melhorar ou controlar sua dor lombar:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalidade</th> <th>Não</th> <th>Sim</th> <th>Não ajuda</th> <th>Ajuda</th> <th>NA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Modalidade	Não	Sim	Não ajuda	Ajuda	NA						
Modalidade	Não	Sim	Não ajuda	Ajuda	NA												
				<p>med _____ Rmed _____</p>													

Medicamento	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	mass __ Rmass __
Massagista	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	exer __ R exer __
Exercícios em casa	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Acup __ Racup __
Acupuntura	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Fisio __ Rfisio __
Fisioterapia	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Repou __ Rrpou __
Repouso	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Pilat __ Rpilat __
Plates	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Ex.pos __ Rsx.pos __
Exercícios Posturais	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Calor __ Rcalor __
Calor	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Orien. __ Rorien __
Orient. sobre posturas nas AVDs	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Atifis __ Ratifis __
Atividade Física	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Cirur __ Rcirur __
Cirurgia	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Bloq __ Rbloq __
Bloqueios anestésicos	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	Outrat __ Routrat __
Outros	(0)	(1)	(0)	(1)	(NA)	
Outros:						

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS QUALITATIVAS

ROTEIRO GRUPO 1 – Médicos das Equipes de Estratégia de Saúde da Família

DADOS GERAIS

Entrevistado:

Idade:

Sexo:

Unidade de Saúde:

Profissão:

Tempo de Experiência na

AB:

Pergunta Indutora: Como você realiza o atendimento das pessoas com Dor Lombar Crônica?

Outras questões:

1. Como foi sua formação (acadêmica, capacitações) para o cuidado de dores crônicas como a Dor Lombar Crônica?
2. Fale-me um pouco sobre que são as pessoas com DLC que procuram a unidade.
(abordar características das pessoas, principais queixas e/ou motivos das consultas)
3. Quais as outras atividades que você participa que envolvem o cuidado dessas pessoas?
4. Quais seriam outras ações/serviços oferecidos pela unidade para pessoas com DLC?
5. Qual é a proposta da Atenção Básica para as pessoas com DLC?
6. Quais seriam os principais desafios para cuidar dessas pessoas na AB?
7. Como você considera que o cuidado deveria ser organizado na AB para atender às necessidades das pessoas com DLC?

ROTEIRO GRUPO 2– Fisioterapeutas e Profissionais de Educação Física das Equipes NASF

DADOS GERAIS

Entrevistado:

Idade:

Sexo:

Unidade de Saúde:

Profissão:

Tempo de Experiência

na AB:

Pergunta Indutora: Como funcionam os grupos para as pessoas com Dor Lombar Crônica?

Outras questões:

1. Como foi sua formação (acadêmica, capacitações) para o cuidado de dores crônicas como a Dor Lombar Crônica?
2. Conte-me um pouco sobre o seu papel no cuidado das pessoas com DLC
3. Quais as outras atividades que você participa que envolvem o cuidado dessas pessoas?
4. Quais os outros profissionais da equipe NASF que estão diretamente envolvidos no cuidado da DLC? Qual é o papel desses profissionais?
5. Qual é a proposta da Atenção Básica para as pessoas com DLC?
6. Quais seriam os principais desafios para cuidar dessas pessoas na AB?
Como você considera que o cuidado deveria ser organizado na AB para atender às necessidades das pessoas com DLC?

**ROTEIRO GRUPO 3– ENFERMEIROS E AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES ESF**

DADOS GERAIS

Entrevistado:

Sexo:

Profissão:

na AB:

Idade:

Unidade de Saúde:

Tempo de Experiência

Pergunta Indutora: Como você faz o acolhimento nos casos das pessoas com queixas de Dor Lombar Crônica?

Outras questões:

1. Como foi sua formação (acadêmica, capacitações) para o cuidado de dores crônicas como a Dor Lombar Crônica?
2. Conte-me um pouco sobre o seu papel na AB (explorar as funções que tenham relação com o cuidado das pessoas com DLC)
3. Como são as reuniões de equipe que você participa? Como são abordados os casos de DLC nas reuniões?
4. Quais seriam outras ações/serviços oferecidos pela unidade para pessoas com DLC
5. Qual é a proposta da Atenção Básica para as pessoas com DLC?
6. Quais seriam os principais desafios para cuidar dessas pessoas na AB?
7. Como você considera que o cuidado deveria ser organizado na AB para atender as necessidades das pessoas com DLC?

ROTEIRO GRUPO 4– Pessoas com Dor Lombar Crônica

DADOS GERAIS

Entrevistado:

Sexo:

Profissão:

na AB:

Idade:

Unidade de Saúde:

Tempo de Experiência

Pergunta Indutora: Como começaram suas dores na coluna?**Outras questões:**

1. Em que momento você procurou ajuda no posto (abordar também outros serviços)?
2. Como foi seu tratamento (cuidado) no posto? (abordar conduta terapêutica, orientações, encaminhamentos).
3. Como você se sentiu nas atividades que participou e em relação ao tratamento? (consultas, grupos, tratamentos)
4. O que você espera dos profissionais de saúde/serviço de saúde em relação ao cuidado da sua condição (dor lombar crônica?)

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA (ESTUDO QUANTITATIVO)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Dor Lombar Crônica em Adultos atendidos pela Atenção Primária no Município de Florianópolis, que tem como objetivo: descrever as características das pessoas com Dor Lombar Crônica; e, identificar quais os tipos de atendimentos em saúde que essas pessoas utilizam. Para obter essas informações o(a) senhor(a) participará de uma entrevista onde serão feitas perguntas (e aplicação de questionários) sobre suas características sociodemográficas (idade, escolaridade, escolaridade entre outros); sobre seu trabalho (profissão, carga horária, situação atual); sobre seus hábitos de vida; sobre sua doença e como ela influencia seu dia a dia; e sobre quais os principais serviços de saúde que procura por causa da sua dor lombar (médico, fisioterapia, hospitais, acupuntura....). Caso aceite participar do estudo será marcada previamente a data e horário para a entrevista, sendo que a

mesma poderá ser feita na Unidade Básica de Saúde onde realiza seus atendimentos ou na sua residência (se for de sua preferência).

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por não envolver tratamento ou procedimento invasivo. Caso não se sinta confortável (ou haja constrangimento) para responder alguma pergunta a mesma não precisará ser respondida e isso não comprometerá a sua participação na pesquisa. Ainda ressaltamos que o (a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, precisando apenas informar os pesquisadores.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo receberá um número ou código e esta forma de identificação também será utilizada para publicação dos resultados.

Através das informações coletadas se identificará o perfil dos pacientes com Dor Lombar Crônica e suas principais características e esses resultados podem contribuir para melhor orientar as ações e estratégias adotadas pelos profissionais de saúde e gestores que atuam no cuidado na cidade de Florianópolis, além de proporcionar mais subsídios para futuras pesquisas que busquem novas alternativas terapêuticas para esses pacientes.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos dessa pesquisa serão os pesquisadores: Micheline Henrique Araujo da Luz Koerich (Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem) e Betina Betina Horner Shlindwein Meirelles (pesquisadora responsável pelo estudo). Caso seja necessário você poderá entrar em contato com as mesmas, através do telefone (99531825), ou por *e-mail* (michelineha@ig.com.br).

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich
Meirelles

Dra. Betina H. Schlindwein

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____ Local:

_____ Data: ____/____/____ .

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTAS QUALITATIVAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Modelo de cuidado à pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica”, que tem como objetivo, construir uma proposta de cuidado para as pessoas com Dor Lombar Crônica que utilizam os serviços da Atenção Básica.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista gravada e transcrita, realizada individualmente, onde através de algumas perguntas se buscará informações sobre: as necessidades de cuidado das pessoas que vivenciam essa condição crônica e como esse cuidado é disponibilizado atualmente na Atenção Básica.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por não envolver tratamento ou procedimento invasivo. Caso não se sinta confortável (ou haja constrangimento) para responder alguma pergunta a mesma não precisará ser respondida e isso não comprometerá a sua participação na pesquisa. Ainda ressaltamos que o (a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, precisando apenas informar os pesquisadores.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo receberá um número ou código e esta forma de identificação também será utilizada para publicação dos resultados.

Esperamos que os resultados da pesquisa possam contribuir para melhor orientar as ações e estratégias adotadas pelos profissionais de saúde e gestores que atuam no cuidado na cidade de Florianópolis, além de proporcionar mais subsídios para futuras pesquisas relacionadas ao cuidado em saúde para as pessoas com Dor Lombar Crônica.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos dessa pesquisa serão os pesquisadores: Micheline Henrique Araujo da Luz Koerich (Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem) e Betina Betina Horner Shlindwein Meirelles (pesquisadora responsável pelo estudo). Caso seja necessário você poderá entrar em contato, através do telefone (99531825), ou por *e-mail* (michelineha@ig.com.br).

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich

Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO ROLAND MORRIS

	SIM	NÃO
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.		
2. Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.		
3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.		
4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.		
5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.		
6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar mais frequentemente.		
7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.		
8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.		
9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.		
10. Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.		
11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.		
12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.		
13. As minhas costas doem quase que o tempo todo.		
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.		
15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.		
16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.		
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.		
18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.		
19. Por causa de minhas dores nas costas eu me visto com ajuda de outras pessoas.		
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.		
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.		
22. Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal-		

humorado com as pessoas do que o habitual.		
23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.		
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.		

ANEXO B - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	Maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ETAPA QUANTITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor lombar crônica em adultos no município de Florianópolis.

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08719513.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 252.540

Data da Relatoria: 22/04/2013

Apresentação do Projeto:

"Dor lombar crônica em adultos no município de Florianópolis". Projeto que visa avaliar pacientes com Dor Lombar Crônica(DLC) atendidos na Atenção Primária no município de Florianópolis que são encaminhados para os fisioterapeutas da Atenção Primária. Serão coletados dados sócio-demográficos e clínicos, identificação da intensidade da dor e incapacidade funciona

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal é descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DL atendidos nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Florianópolis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a coleta de dados apresenta risco mínimo, pois consiste em entrevista aplicação de questionários. Está descrito no TCLE que os participantes da pesquisa podem sentir algum constrangimento em responder algumas das questões abordadas, mas os mesmos serão esclarecidos que não precisam responder as questões que não souberem ou quando se sentirem constrangidos o desconfortáveis para respondê-las. Como benefícios, as informações sobre a prevalência de pacientes com Dor Lombar Crônica que buscam os serviços da Atenção Primária e suas principais características poder contribuir para que os profissionais de saúde e gestores da área possam melhor conhecer seus pacientes estabelecer ações e estratégias mais adequadas e voltadas para as características dos mesmos.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

(sociodemográfico = escrita errada na apresentação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de pesquisa do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. A pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo, cujo objetivo principal consiste em descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com Dor Lombar Crônica(DLC) atendidos na Atenção Primária no município de Florianópolis nas 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 5 distritos sanitários (Centro, Leste, Sul, Norte e Continente). O tamanho da amostra, estimado de acordo com a população será de 462 participantes, todos maiores de 18 anos, com queixa de dor lombar, encaminhados para os fisioterapeutas da Atenção Primária. Serão usados como instrumentos de pesquisa: (a) formulário para registro de dados sócio-demográficos e clínicos, (b)Escala Analógica Visual (identifica a intensidade da dor; e (c) Questionário Roland Morris (verifica a incapacidade funcional), sendo que os mesmos serão aplicados através de entrevista. O estudo encontra-se bem delineado, documentação completa, TCLE adequado e de fácil compreensão aos participantes, estando portanto, de acordo com a Resolução N°196/96 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Como se trata de um processo multidisciplinar é aconselhável incluir outros membros, como os fisioterapeutas, na equipe no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

(1º§: pesquisa se caracteriza e sociodemográfico/ que se repete mais adiante / O estudo se encontra.../ Resolução n. 196/96)

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ETAPA QUALITATIVA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO À PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34831314.7.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 792.164

Data da Relatoria: 12/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo conhecer como acontece o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica (DLC) na Atenção Básica em Saúde (ABS) e construir um referencial teórico que contribua para a organização do cuidado nesse nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a abordagem metodológica utilizada será a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O estudo acontecerá no município de Florianópolis, no Distrito Sanitário do Continente. Inicialmente serão convidados a participar da pesquisa os profissionais das unidades de saúde, que atuam diretamente no cuidado das pessoas com DLC (médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e agentes de saúde). A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, semi-estruturadas, utilizando como questão inicial: "Fale-me como você compreende o cuidado a pessoas com DLC na ABS?" Caso outros profissionais e/ou gestores sejam referenciados por este primeiro grupo, estes também serão convidados a participar da pesquisa. O número total de participantes será determinado pela saturação dos dados. Os dados serão analisados concomitante a coleta de dados, com a codificação aberta, axial e seletiva, e construção das categorias de análise. Novas hipóteses poderão levar a novos grupos amostrais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 792.164

Construir um referencial teórico sobre o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica na Atenção Básica que contribua para a organização do cuidado nesse nível de atenção em um município do sul do país.

Objetivos Secundários:

- a) Conhecer a configuração do atual modelo de cuidado na perspectiva dos profissionais de saúde e das pessoas com DLC;
- b) Identificar os principais aspectos que devem ser priorizados na construção de um modelo adequado para as necessidades das pessoas com DLC;
- c) Discutir sobre os principais desafios na organização do cuidado para pessoas com DLC, na Atenção Básica;
- d) Estabelecer pressupostos para o modelo de cuidado para pessoas com Dor Lombar Crônica, considerando suas necessidades de cuidado e as diretrizes para o cuidado de pessoas com condições crônicas e as premissas da Atenção Básica à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação poderá trazer eventuais desconfortos e repercussões de ordem psicológica durante e após a realização da entrevista, sendo de responsabilidade dos pesquisadores assumir as possíveis demandas decorrentes e auxiliar nos encaminhamentos necessários.

Benefícios:

Em função dos poucos estudos que abordem a dor lombar crônica no país, associados à carência de informações sobre a oferta de serviços de saúde para essa população, esta pesquisa poderá contribuir para o crescimento do conhecimento sobre essa temática, fornecendo também informações para melhor orientar as ações e estratégias adotadas pelos profissionais de saúde e gestores que atuam neste cuidado, na cidade de Florianópolis. Além disso, poderá proporcionar subsídios para futuras pesquisas que busquem novas alternativas terapêuticas para essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

A natureza da pesquisa será qualitativa, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A essência do método TDF, tradução do inglês para Grounded Theory é que a teoria substantiva que emerge dos dados, ou seja, é uma teoria derivada de dados sistematicamente coletados e

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
 Bairro: Centro CEP: 88.015-130
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO À PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34831314.7.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 792.164

Data da Relatoria: 12/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo conhecer como acontece o cuidado das pessoas com Dor Lombar Crônica (DLC) na Atenção Básica em Saúde (ABS) e construir um referencial teórico que contribua para a organização do cuidado nesse nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a abordagem metodológica utilizada será a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O estudo acontecerá no município de Florianópolis, no Distrito Sanitário do Continente. Inicialmente serão convidados a participar da pesquisa os profissionais das unidades de saúde, que atuam diretamente no cuidado das pessoas com DLC (médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e agentes de saúde). A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, semi-estruturadas, utilizando como questão inicial: "Fale-me como você compreende o cuidado a pessoas com DLC na ABS?" Caso outros profissionais e/ou gestores sejam referenciados por este primeiro grupo, estes também serão convidados a participar da pesquisa. O número total de participantes será determinado pela saturação dos dados. Os dados serão analisados concomitante a coleta de dados, com a codificação aberta, axial e seletiva, e construção das categorias de análise. Novas hipóteses poderão levar a novos grupos amostrais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 792.164

parte os profissionais da Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Gestores (estes somente se indicados pelos profissionais da saúde). No protocolo de informações básicas constam que são 20 os profissionais da saúde. Portanto, apresentar claramente, dentre as 27 ESF do Distrito continente, quantos são os profissionais, em sua totalidade e quem são exatamente os 20 selecionados, além disso, quantos e quem são os profissionais dos NASF e quantos foram selecionados. Acredita-se pertinente descrever o mesmo com relação aos gestores, já que são os tomadores de decisão, por isso devem ser incluídos.

Também, no formulário informações básicas do projeto de pesquisa, ainda são incluídos os usuários, caso ocorra, em se tratando de usuários, como serão abordados e quais os critérios de inclusão e exclusão da amostra e porque são somente 10.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Rever questões norteadoras que devem estar em consonância com os objetivos e com o instrumento de coleta de dados. Deixar claro o critério de inclusão da amostra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador justificou e atendeu todas as pendências.

FLORIANOPOLIS, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1680 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 792.164

analisados. Embora a finalidade do método TFD seja a construção de teorias substantivas, sua utilização não necessariamente precisa ficar restrita apenas aos pesquisadores que tem esse objetivo de pesquisa, o pesquisador pode usar apenas alguns de seus procedimentos para satisfazer a explicação ou significado de um fenômeno (STRAUSS e CORBIN, 2008). Nesta pesquisa, o método selecionado, a TFD pode permitir a compreensão sobre como o cuidado às pessoas com DLC é ofertado na Atenção Básica, desvelando também elementos que poderão ser úteis para a compreensão do modelo atual e/ou das necessidades que precisam ser consideradas ao elaborar os pressupostos de um novo modelo. O estudo será conduzido nas unidades de saúde do distrito Continente, no município de Florianópolis. O distrito Continente apresenta uma população estimada de 106.350 indivíduos, divididos em 27 áreas de saúde, contando com 11 Unidades Básicas de saúde (UBS) e 27 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolvidas nos cuidados em saúde dessa população. Participarão os usuários, profissionais e gestores das unidades de saúde, além das equipes do NASF vinculadas ao distrito Continente. A técnica de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada, que serão áudio-gravadas em meio digital, transcritas e posteriormente analisadas. Na Teoria Fundamentada dos Dados, a coleta de dados é encerrada quando se alcança a saturação teórica dos dados. A saturação teórica ocorre quando nenhum dado relevante ou novo emerge; o desenvolvimento da categoria é denso e as relações entre as categorias são bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Para atingir os objetivos propostos e responder as questões da pesquisa, é necessário que as perguntas constantes do instrumento de coleta de dados sejam respondidas, no entanto protocolo original é informado que as demais questões só serão direcionadas pelo pesquisador a partir das respostas da primeira questão.

Rever as perguntas da pesquisa e objetivos propostos, uma vez que a 2ª questão norteadora não está representada nos objetivos propostos. Desse modo, o segundo objetivo deveria investigar se o atual modelo está pautado nos princípios da atenção básica, o terceiro não se refere a nenhuma das questões norteadoras e não integra o instrumento de coleta de dados.

Rever o critério de inclusão da amostra, já que no protocolo original é informado que dela farão

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br