

Daniela Silva Magalhães

**MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE UM
PROGRAMA DE AUTOCUIDADO APOIADO**

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

Belo Horizonte

2019

Daniela Silva Magalhães

**MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA
POR MEIO DE UM PROGRAMA DE AUTOCUIDADO APOIADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Pós Graduado em Fisioterapia em Ortopedia.

Orientadoras: Prof.^a Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira e Prof.^a Dra. Paula Maria Machado Arantes.

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

Belo Horizonte

2019

M188m Magalhães, Daniela Silva

2019 Manejo da dor crônica na atenção básica por meio de um programa de autocuidado apoiado. [manuscrito] / Daniela Silva Magalhães – 2019.

24 f.: il.

Orientadora: Fabiane Ribeiro Ferreira

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 21-24

1. Dor crônica. 2. Autocuidado. 3. Atenção primária à saúde. I. Ferreira, Daniela Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira, CRB 6: n° 2106, da

Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

RESUMO

Introdução: A dor crônica é a dor classificada como persistente há mais de 3 meses. Ela pode ter múltiplas causas, tem alta incidência na população mundial e tem gerado consequências psicossociais e econômicas, sendo a causa principal de sofrimento e incapacitação para o trabalho. A participação ativa dos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro deve ser encorajada, buscando o enfrentamento e tratamento das dores crônicas baseado no autocuidado apoiado. **Metodologia:** Foi realizado um estudo prospectivo, observacional descritivo do tipo série de casos, com 16 usuários acolhidos com queixa de dor crônica pelo serviço de fisioterapia do NASF-AB. Foram realizados 2 atendimentos, onde os pacientes responderam a um instrumento avaliativo. Todos foram instruídos na primeira consulta com orientações específicas de acordo com suas especificidades seguindo os passos do autocuidado apoiado. **Resultados:** A maioria dos participantes possuía hipertensão arterial, eram sedentários, não possuíam diagnóstico específico e com dor localizada em membros inferiores. Compareceram ao retorno 11 usuários. Após a média de 38 dias de tratamento a maioria dos usuários reduziu sua dor em média 55% na sua intensidade. **Conclusão:** Os resultados encontrados neste estudo servem como incentivo para a sistematização de práticas que fazem parte do processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB. São necessários mais estudos que permitam uma análise longitudinal e mais detalhada sobre o desenvolvimento e eficácia das intervenções de autocuidado apoiado no manejo da dor crônica na atenção básica.

Palavras-chave: Autocuidado apoiado. Dor crônica. Atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is pain classified as persistent for more than 3 months. It can have multiple causes, has a high incidence in the world population and has generated psychosocial and economic consequences, being the main cause of suffering and incapacitation for work. The active participation of the users of the Brazilian Unified Health System should be co-chaired, seeking the coping and treatment of chronic pain based on self-care supported. **Methodology:** A prospective, observational, descriptive, case series-type study was conducted, with 16 users receiving chronic complaints of pain through the NASF-AB physiotherapy service. Two consultations were carried out, where the patients responded to an evaluation instrument. All were instructed in the first consultation with specific guidelines according to their specificities following the steps of self-care supported. **Results:** Most of the participants had arterial hypertension, were sedentary, had no specific diagnosis and had localized pain in the lower limbs. 11 users attended. After an average of 38 days of treatment most users reduced their pain by 55% on average in intensity. **Conclusion:** The results found in this study serve as an incentive for the systematization of practices that are part of the physiotherapist's work process in NASF-AB. Further studies are needed to allow longitudinal and more detailed analysis of the development and effectiveness of self-care interventions supported in the management of chronic pain in primary care.

Keywords: Supported self-care. Chronic pain. Basic care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA	10
	2.1 Participantes.....	10
	2.2 Procedimentos.....	10
	2.2.1 Plano de ação para o programa de Autocuidado Apoiado.....	11
	2.3 Análise de dados.....	11
4	RESULTADOS.....	12
5	DISCUSSÃO	14
6	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE 1.....	21
	APÊNDICE 2	23

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o grupo de especialistas da Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, e cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”^{1,2}. A dor afeta pelo menos 30% dos indivíduos durante algum momento da sua vida, e em 10 a 40% deles dura mais de um dia.¹

No que diz respeito ao tempo, a dor pode ser categorizada em aguda e crônica. É considerada dor aguda aquela manifestada durante períodos de minutos a semanas, ocasionadas por inflamações, infecções ou traumatismos, sendo uma dor que até certo ponto tem consequências benéficas para o organismo, como um sinal de alerta.¹ Já a dor crônica é aquela que persiste por mais de 3 meses.² Pode ser decorrente de uma lesão já previamente tratada, como por exemplo dores consequentes a altas demandas laborais, dores nas costas, dores ocasionadas por artrites reumatóides, dores de pacientes com câncer, entre outras.

A dor crônica não tem qualquer vantagem para o doente. Além do sofrimento que causa, repercussões na saúde mental e física do indivíduo podem levar a susceptibilidade do sistema imunitário, aumentando o risco de infecções. Há uma tendência atual para encarar a dor crônica como uma doença por si só, com impactos sobre o indivíduo e a sociedade pelo sofrimento e custos socioeconômicos que lhe estão associados.^{1,2}

A incidência da dor crônica no mundo oscila entre 7 e 40% da população e pode ter consequências psicossociais e econômicas, sendo causa principal de sofrimento e incapacitação para o trabalho. Sintomas variados podem acarretar num ciclo vicioso, no qual a condição crônica leva a estresses e tensão muscular, que levam a ansiedade, gerando acometimentos emocionais, depressão, realimentando a condição crônica num processo de fadiga.¹

A temática da dor crônica encontra grande relevância quando deparamo-nos com a realidade demográfica brasileira. No Brasil o percentual de pessoas maiores de 65 anos passou de 2,7 para 5,4% e deverá alcançar 19% em 2050. A população em processo rápido de envelhecimento impulsiona uma transição epidemiológica que se manifesta num crescimento importante de condições crônicas em saúde na população, em especial nos indivíduos de grupos etários mais elevados.³

Portanto, a interpretação das necessidades de saúde da população no contexto atual sugere uma resposta na estrutura dos sistemas de saúde. A crise atual dos sistemas, determinada histórica, técnica e culturalmente, reflete o desencontro entre uma situação

epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema voltado para atender a condições agudas e agudizações de condições crônicas.³

No Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) há uma resposta social, produzida por fragmentação, voltado para as condições agudas, reativas, episódicas e focada na doença, sem participação principal das pessoas usuárias no cuidado com sua saúde por meio do empoderamento para o autocuidado.³ Este último fator pode ser extremamente relevante tanto para o enfrentamento e tratamento das condições da saúde como para prevenção de novas doenças. Existem evidências de que o autocuidado apoiado apresenta resultados favoráveis no manejo das condições crônicas.

No modelo proposto por Eugênio Vilaça Mendes propõe-se mudanças profundas na gestão dos cuidados primários em nove dimensões principais, dentre elas o fortalecimento do cuidado apoiado.³

O objetivo do autocuidado apoiado engloba preparar e empoderar os usuários do sistema de saúde para autogerenciarem sua condição de saúde, através de avaliação do estado de saúde, fixação de metas para serem alcançadas, elaboração de planos de cuidado e o seu monitoramento e a organização de recursos de saúde e da comunidade para prover o autocuidado.³

O primeiro acesso do usuário ao SUS é prioritariamente realizado na Atenção Primária à Saúde (APS), através da sua vertente Estratégia de Saúde da Família (ESF), que representa o primeiro contato na rede assistencial, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade do cuidado.⁴ A APS é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que buscam a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde são os locais prioritários de funcionamento da APS.

Em Belo Horizonte, a ESF é o modelo assistencial da APS adotado. A regional Nordeste da cidade possui 24 Centros de Saúde, entre eles, o Centro de Saúde Alcides Lins e Centro de Saúde Cachoeirinha, os quais são responsáveis por atender aproximadamente 20 mil habitantes cada um.^{5,6}

No escopo de apoiar a ESF para ampliar a sua abrangência e resolutividade, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje denominados Núcleos Ampliados à Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB), no qual o profissional fisioterapeuta está inserido na APS.⁷

O NASF-AB deve ser constituído por um conjunto de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, trabalhando em equipe, compartilhando e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família. Deve-se atuar “*em ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.*”^{4, 8}

A atuação do fisioterapeuta no NASF-AB vai além de um caráter reabilitador. Independente do nível de atuação, a funcionalidade é o foco dos objetivos terapêuticos, com atenção centrada no indivíduo dentro do contexto.³ A promoção de saúde e prevenção de doenças devem ser priorizadas, rompendo a tradicionalidade da prática reabilitadora, emergindo para ações que visam a integralidade da assistência, atuando multiprofissionalmente e em interdisciplinaridade.⁹

Tendo em vista, o panorama demográfico e epidemiológico descritos, o papel ampliado do fisioterapeuta nas ações da AB e as grandes demandas atuais com relação a dor crônica, que envolve o cuidado contínuo e integral, este estudo tem por objetivo conhecer os resultados de um programa de autocuidado apoiado do manejo da dor crônica na atenção básica.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo prospectivo, observacional descritivo do tipo série de casos, com usuários acolhidos com queixa de dor crônica pelo serviço de fisioterapia do NASF-AB dos Centros de Saúde Cachoeirinha e Centro de Saúde Alcides Lins.

O estudo foi aprovado pelos comitês de ética pertinentes sob o CAAE: 61531116.6.0000.5149.

2.1 Participantes

Serão incluídos na pesquisa os usuários dos Centros de Saúde descritos, que foram encaminhados pela ESF ao serviço de fisioterapia do NASF-AB, com queixa de dor crônica, para atendimento individual, independente de sexo, regularmente cadastrados em seu Centro de Saúde de referência. Aqueles que desejaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

2.2 Procedimentos

Os usuários foram acolhidos pela ESF onde apresentaram suas queixas. O encaminhamento para a fisioterapia aconteceu nas reuniões de matriciamento, que é o momento em que o NASF-AB e a ESF se reúnem para discutirem os casos clínicos. Aqueles usuários que precisavam da avaliação do fisioterapeuta tinham então a consulta marcada. Na consulta com o fisioterapeuta, o usuário foi convidado a participar do estudo, e caso aceitasse, deveria assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O aceite ou não ao convite para participação do estudo não teve nenhuma interferência no tratamento do indivíduo.

O instrumento de apoio foi utilizado durante a anamnese e contou com informações sobre identificação do usuário, estado civil, ocupação, escolaridade, diagnóstico médico, comorbidades, medicações em uso, informações sobre relacionamentos, aspectos pessoais e sociais e características da dor (Apêndice 2).

Durante a anamnese o usuário recebeu orientações sobre a sua condição de saúde, potencial para o manejo e coordenação da sua condição. Além disso foram pactuados objetivos a serem alcançados e a importância de seguir as indicações realizadas pelo profissional avaliador.

Ao final da avaliação, foi entregue a cada paciente um plano de cuidados por escrito. Ele continha orientações, que respeitavam a individualidade de cada indivíduo, trabalhando as demandas necessárias a se tratar de acordo com a especificidade de cada um deles.

2.2.1 Plano de ação para o programa de Autocuidado Apoiado

Os planos de cuidado elaborados em conjunto com os usuários, contavam, em sua maioria, com orientações realizadas por escrito, acompanhadas por imagem dos exercícios a serem executados e descrição detalhada sobre a sua forma de execução, frequência e carga. Para inclusão do plano de forma viável, era feita uma conversa com o usuário a fim de reconhecer o seu contexto diário e inserir as atividades orientadas da maneira mais efetiva.

Além disso, os usuários eram orientados sobre estratégias de proteção articular, analgesia e prática de atividades aeróbicas. Os cuidados orientados deveriam ser realizados diariamente, consultando o material gráfico sempre que necessário. A data do retorno foi agendada com intervalo de um mês, aproximadamente.

2.3 Análise de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS®*, versão 21. Foi realizada uma análise descritiva e exploratória dos dados. O teste *Wilcoxon* foi utilizado para comparar a dor antes e após a intervenção. O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 16 indivíduos, em sua maioria do sexo feminino, donas de casa, casadas, com ensino médio completo. A idade variou entre 25 e 78 anos. Cinquenta por cento não possuía diagnóstico médico relacionado ao quadro algico. A maior parte dos participantes relataram ter hipertensão arterial, diagnosticada e em tratamento, ser sedentários, morar com familiares, esposos (as) ou filhos e não se sentirem sozinhos. Todos os participantes afirmaram estarem motivados para participar do programa proposto. Dados mais detalhados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra inicial. N=16

Variável	N (%)
Idade	
20 – 40 anos	2 (12,5%)
40 – 60 anos	9 (56,3%)
60 – 80 anos	5 (31,3%)
Sexo	
Feminino	12 (75%)
Masculino	4 (25%)
Estado Civil	
Solteiro	4 (25%)
Casado (a)	8 (50%)
Divorciado (a)	2 (12,5%)
Viúvo (a)	2 (12,5%)
Ocupação	
Autônomo	1 (6,3%)
Cantoneira	1 (6,3%)
Do lar	9 (56,3%)
Filósofo	1 (6,3%)
Garçom	1 (6,3%)
Motorista	2 (12,5%)
Pastor Evangélico	1 (6,3%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	1 (6,3%)
Ensino Fundamental Completo	3 (18,8%)
Ensino Médio Incompleto	3 (18,8%)
Ensino Médio Completo	7 (43,8%)
Curso Superior Completo	2 (12,5%)
Diagnóstico do encaminhamento	
Dedo em gatilho	1 (6,3%)
Espondilodiscoartrose	1 (6,3%)
Epicondilite	1 (6,3%)
Gonartrose	2 (12,5%)
Lombalgia	3 (18,8%)
Não possui diagnóstico médico	8 (50%)
Comorbidades	
Hipertensão arterial	12 (75%)
Transtorno bipolar	1 (6,3%)
Não possui comorbidades	3 (18,8%)

A localização mais frequente da dor crônica no corpo foi em MMII. O indivíduo poderia relatar dor em mais de uma região corporal. (Tabela 2).

Tabela 2 – Localização da dor

Local	N(%)
Membros inferiores	9 (60%)
Membros superiores	8 (53,3%)
Coluna lombar	8 (53,3%)
Coluna cervical	3 (20%)

Dos 16 participantes que se apresentaram na primeira avaliação, 11 compareceram ao retorno. No momento da primeira avaliação a maioria dos participantes apresentou dor intensa ou dor moderada. Na reavaliação, a maioria apresentou dor leve ou ausência de queixas álgicas. A média da redução da dor da primeira avaliação para a segunda foi de 55% na sua intensidade. O tempo mínimo entre as duas avaliações foi 27 dias e o máximo 56, totalizando uma média de 38 dias de tratamento (desvio padrão = 8,53).

Tabela 3- Presença e intensidade da dor na primeira avaliação e na segunda avaliação.

Participante	Primeira avaliação	Segunda avaliação	
1	9	5	
2	2	0	
3	8	3	
4	10	9	
5	4	3	
6	10	6	
7	8	4	
8	7	3	
9	9	2	
10	8	3	
11	10	0	
Intensidade (média)	7,72	3,45	Valor de p 0,001

Dos 16 participantes, 5 deles não se apresentaram no retorno. Para avaliar o motivo do absenteísmo foram realizadas duas tentativas de ligação telefônica para cada paciente, em dois dias diferentes. Não foi possível o contato com 2 deles. Dos 3 que responderam 1 justificou que não compareceu porque não se lembrou da data da consulta de retorno, outro porque estava viajando e o terceiro porque iniciou reabilitação fisioterápica sistematizada. Um deles gostaria de retornar a consulta e dois não desejaram remarcação.

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo conhecer os resultados de um programa de autocuidado apoiado no manejo da dor crônica na atenção básica, prática comum do fisioterapeuta do NASF-AB. O autocuidado apoiado presume o empoderamento dos indivíduos para que estes consigam gerir sua condição de saúde. Por meio de orientações, após avaliações individualizadas do estado de saúde, é estabelecido um conjunto de metas, elaboração de plano de cuidado específico e monitoramento continuado^{3,10,11}.

Em relação aos participantes deste estudo, eram em sua maioria mulheres. Estudos mostram que as mulheres, juntamente com indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis e pessoas com maior número de comorbidades, são grupos que possuem maior razão de prevalência na utilização dos serviços de saúde^{12,13}. Fatores relacionados à percepção da dor, como aqueles relacionados ao ciclo menstrual e seu maior interesse com relação à sua saúde, podem influenciar essa prevalência^{14, 15, 16}.

Neste estudo, a maioria das mulheres eram donas de casa e relatavam piora da dor durante as atividades de vida diária (AVD), geralmente realizada em ortostatismo, como lavar roupa, varrer casa, lavar louça e outras atividades que envolvem a faxina da casa, tarefas estas comumente relacionadas a queixas algícas neste público¹⁷. Um estudo de Rosa et al aponta que a ocupação de dona de casa está relacionada à diminuição da capacidade funcional¹⁸ com prevalência elevada de interrupção de AVD por motivos de saúde^{16,19, 20}.

Estas atividades realizadas em alta demanda, integradas a um sistema musculoesquelético com uma baixa capacidade para suprir as exigências físicas das tarefas diárias, geram um desequilíbrio nesta relação de capacidade e demanda que pode levar a sobrecargas físicas e a consequentes comprometimentos em MMII e incapacidades funcionais^{18, 21}.

No presente estudo observou-se uma prevalência de dor crônica em região de coluna lombar e membros inferiores e superiores. Maria Clara (2006) em seu estudo com 505 funcionários de uma universidade, encontrou uma prevalência de dor crônica em mulheres de 61,4% e com a presença de dor crônica em região lombar de 19,4% e membros inferiores de 13,3%²².

Segundo Micheline (2016) a presença concomitante de vários locais de dor e de outras condições crônicas associadas, torna o cuidado uma condição complexa e de difícil manejo²³.

Utilizar da Escala Visual Analógica pode ser uma forma mais objetiva de classificar e ter um feedback sobre a intensidade da dor.

A pontuação para intensidade da dor, independente da localização, foi em média 7,72 na Escala Visual Analógica, sendo classificada numa transição de moderada para alta. Por meio de uma escuta ativa e acolhedora todos os pacientes responderam que reduzir a sua dor era seu objetivo principal, sendo necessárias intervenções específicas para alcançar o objetivo e atingir um manejo eficaz⁴. As análises mostraram que, em aproximadamente um mês, numa média de 38 dias de acompanhamento, a meta de diminuição da dor foi alcançada pelo conjunto de participantes do estudo, com redução significativa da percepção de dor de 55%, em média.

Segundo orientações do Ministério da Saúde *“Aumentar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, deve ser objetivo central das boas práticas de reabilitação”*⁴. O programa de Autocuidado Apoiado proposto para estes usuários procurou desenvolver na sua rotina diária o seu empoderamento para o cuidado com a sua saúde por meio da realização de orientações diárias específicas, orientadas conforme a sua individualidade. Desde a avaliação as orientações foram focadas no paciente, trabalhando a sua compreensão sobre a sua condição de saúde, com a clareza de que ele é seu cuidador primário. Também foi trabalhado durante o encontro revisões das orientações, para que o paciente pudesse esclarecer suas dúvidas e reproduzir em domicílio com o mínimo de risco e inseguranças^{3,9,24}.

Existem uma maior variedade de estudos sobre autocuidado em relação a condições crônicas de saúde como diabetes, hipertensão e doenças renais, mas ainda há uma escassez de trabalhos que demonstrem a eficiência deste método para o atendimento ao paciente dores crônicas musculoesqueléticas.

Vale destacar a importância da realização de estudos sobre o cuidado apoiado nas várias áreas dos profissionais que compõem o NASF-AB uma vez que esta forma de trabalho é preconizada pelas normativas que regem o núcleo. Intervenções de autocuidado fazem parte do processo de trabalho⁷ e é preciso investigar a sua eficácia, contribuindo para a saúde da população.

Diante do exposto, face a importância de uma abordagem que empodere o usuário, avaliações que favoreçam a compreensão e o aprimoramento de programas práticos de

automanejo de condições de saúde, são necessárias. Para que o profissional tenha uma impressão específica sobre como se apresenta o paciente avaliações de autoeficácia, por exemplo, tendem a expor a capacidade que o indivíduo tem de lidar e executar as orientações, além do seu desejo em participar ativamente do processo no seu tratamento^{25,26}. Essa análise pode nortear o profissional sobre qual intervenção é mais eficaz tendo em vista o perfil do paciente.

Outro fator importante, não exclusivo de abordagens como a deste estudo, é o absenteísmo. Na segunda avaliação o absenteísmo foi de 31,25%. Estudos mostram que há uma prevalência elevada de absenteísmo em consultas na atenção básica, o que pode acarretar em problemas para a continuidade do cuidado desses pacientes, interferindo consequentemente no seu processo de autocuidado²⁷. O absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura uma realidade usual, que em determinadas circunstâncias, ocorre em mais de 50% de faltas²⁸. A análise sobre a relevância dessas faltas dos usuários é considerada estratégica para melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde²⁸.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo servem como incentivo para a sistematização de práticas que fazem parte do processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB, no sentido de desvelar resultados positivos alcançados e percebidos pelo profissional e pelo usuário, porém de forma pouco explícita.

O processo de trabalho do NASF-AB é focado na promoção da saúde, que se utiliza rotineiramente de intervenções de conscientização sobre práticas de autocuidado, o que se torna relevante diante do quadro atual de doenças crônicas no país.

A dor crônica é um problema de saúde pública que acarreta prejuízos pessoais e sociais e procura frequentes ao serviço de saúde, que se faz realidade no cotidiano de trabalho. A condução dos casos de forma individualizada, humanizada, levando em consideração o contexto e a motivação do usuário são fundamentais para o sucesso da abordagem.

São necessários mais estudos com desenhos que permitam uma análise longitudinal e mais detalhada sobre o desenvolvimento e eficácia das intervenções de autocuidado apoiado no manejo da dor crônica na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- 1 SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. Desenvolvido por Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, São Paulo, 2018. **O que é Dor?** Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=76. Acesso em: 29 out. 2018.
- 2 TREEDE R D *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **PAIN**, [s.1.] p.1003-1007, mar 2015.
- 3 MENDES E. V; **O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde: O Imperativo Da Consolidação Da Estratégia Da Saúde Da Família.** 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/>. Acesso em: 01 out. 2018.
- 4 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** 27 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 154 p.
- 5 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Como Funciona?** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php. Acesso em: 17 out. 2018.
- 6 PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Centros de Saúde da Regional Nordeste.** Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-saude/nordeste>. Acesso em: 17 out. 2018.
- 7 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE BÁSICA - Departamento de Atenção. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 17 out. 2018.
- 8 BUCHBINDER, R. Self-management education en masse: effectiveness off the Back Pain: Don't Take It Lying Down mass media campaign. **The Medical Journal Of Australia**, v.189, p. 29-32, nov. 2008.
- 9 PAUFERRO, A. L. M. *et al.* O trabalho de fisioterapeutas de núcleos de apoio à saúde da família na assistência ao idoso. **REFACS**, Uberaba, v.6, supl.2, p. 571-580, 2018.
- 10 MENDES, F.R.P. Doenças crônicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. **Pensar Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 42 a 47, 2005.
- 11 PREFEITURA MUNICIAPL DE CURITIBA. Autocuidado Apoiado. **Manual do Profissional de Saúde.** Curitiba. Desenvolvido por Ana Maria Cavalcanti, Angela Cristina Lucas de Oliveira, 2012. Disponível em: <https://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.
- 12 GOMES, K *et al.* Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública. São Paulo**, v. 37, n.1, p. 75-82, 2003.

- 13 MARASCHIN, R *et al.* Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosas: etiologia em revisão. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 4, p.627-639, out/dez 2010.
- 14 ASTIN, M *et al.* The prevalence of pain in a disabled population. **Social Science & Medicine**. V. 42, n. 11, p.1457-1464, jun 1996
- 15 MALTA, C D *et al.*, Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2017. P.1-10.
- 16 PINHEIRO, R.S.*et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.
- 17 MATA, M S *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Natal, v.16, n. 1, p. 221-230, 2011.
- 18 Rosa T E C *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v 37, n.1, p. 40-48, 2003.
- 19 TRAVASSOS C *et al.* Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 Sup 2, p.190-198, 2004.
- 20 BARROS M B A *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 11, n.4, p. 911-926, 2006.
- 21 BITTENCOURT, N F N. **Modelo relacional capacidade e demanda**: investigando lesões musculares na coxa em atletas jovens de futebol. Orientador: Sérgio Teixeira da Fonseca. 2015. 69 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- 22 KRELING, M C G D *et al.* Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. Bras. Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 509-513, 2006.
- 23 KOERICH, M H A L. **O Cuidado Das Pessoas Com Dor Lombar Crônica E O Modelo De Cuidado Na Atenção Básica À Saúde**. Orientador: Betina Hörner Schindwein Meirelles. 2016. 394 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro De Ciências Da Saúde, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- 24 JORDAN J E *et al.* Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach. **M J A**, v. 189, n. 10, p. 9-13, nov. 2008.
- 25 SUTER P M M A *et al.* Timeless Principles of Learning: A solid Foundation for Enhancing Chronic Disease Self-Management. **The Journal for the Home Care and Hospice** v. 26, n. 2, p. 82-88, fev. 2008.
- 26 BRAND C A. The role of self-management in designing care for people with osteoarthritis of the hip and knee. **M J A**, v. 189, n. 10, p. 25-28, nov. 2008.

27 SILVEIRA G S *et al.* Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, Pelotas, v. 13, n. 40, p. 1-7, jan-dez 2018.

28 TRISTÃO F I *et al.* Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 54-61, jan-mar 2016.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Investigadora: Daniela Silva Magalhães

Orientadora: Professora Fabiane Ribeiro Ferreira

Projeto de pesquisa: Manejo da dor crônica da Atenção Básica, baseado em intervenções de autocuidado.

Você está sendo convidado a participar de um Projeto de Pesquisa a ser desenvolvido pelo Departamento de Fisioterapia (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) para descrever o efeito de intervenções de autocuidado em usuários com dor crônica atendidos pelo fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica deste centro de saúde. Você está sendo considerado para o estudo por ser um usuário cadastrado no seu centro de saúde e necessitar de intervenções fisioterápicas devido a dores crônicas.

Você será solicitado a responder perguntas do Instrumento Avaliativo que o fisioterapeuta realizará a você, sobre suas características, percepções e hábitos de vida e características da sua dor. Essas informações estão relacionadas a aspectos que podem ser importantes para sua recuperação e sucesso do tratamento.

Você será identificado por código e, portanto, seus dados serão mencionados apenas por números em qualquer publicação ou material que possa resultar dessa pesquisa.

Os riscos são mínimos e podem estar relacionados com o constrangimento para responder ao Instrumento Avaliativo. Porém, você será entrevistado em local que garanta sua privacidade.

Lembramos que a sua participação é voluntária e que você poderá se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão. Ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para um maior conhecimento sobre o tratamento da dor crônica por meio de intervenções de autocuidado, o que auxiliará na criação de propostas para a melhoria da qualidade de intervenções de fisioterapia na atenção básica. Não haverá nenhum tipo de remuneração relacionada à sua participação neste projeto.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu li e entendi toda a informação dada sobre esse estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem utilizados satisfatoriamente claros. Eu tive tempo suficiente para

APÊNDICE 2

Instrumento Avaliativo

Manejo da dor crônica na Atenção Básica, baseado em intervenções de auto-cuidado

Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Telefone:

Ocupação:

Escolaridade:

Endereço:

Diagnóstico médico:

Data da primeira avaliação:

Data da reavaliação:

Comorbidades:

Medicações em uso:

O que o Sr(a) espera do tratamento?

Relacionar

Com quem vive?

Sente-se sozinho com frequência? sim não Por quê?Recebe a ajuda de alguém no dia-a-dia? sim não Por quê?

Tem dificuldades de aprender coisas novas? sim não Especifique:

Sono

Tem dificuldade para conciliar o sono? sim não Porquê?

O que interrompe seu sono?

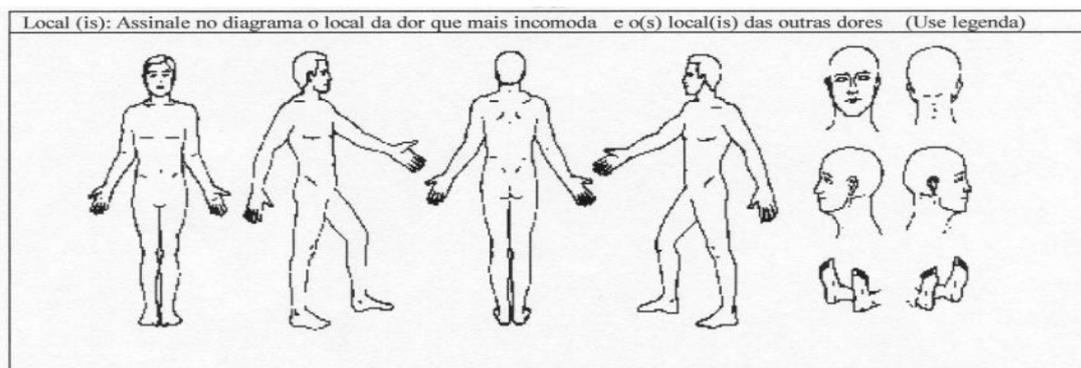
Atividade física/recreação

Pratica alguma atividade física? sim não Frequência:

Faz alguma atividade para distrair? sim não Porquê?

Sentir

Dor



Há quanto tempo sente essa dor?

Está com dor agora? sim não Se não, quando sentiu dor pela última vez? Há ____ dias.

Intensidade (0-10): ____ leve moderada intensa insuportável

Ela é: contínua vai e vem independente de qualquer coisa vai e vem dependente de _____

A dor tem: início súbito início insidioso

A dor tem horário preferencial? sim não Qual?

O que faz essa dor melhorar?

O que faz essa dor piorar?

Se sente mais irritado por causa da dor? sim não Porquê?

A dor mudou seu jeito de ser? sim não Especifique:

Na sua opinião o Sr(a) pode ajudar no tratamento da dor? sim não Porquê?

O Sr(a) sente-se disposto a participar no seu tratamento? sim não Porquê?

Sobre outras dores

Local (ou locais):

Intensidade (0-10): ____ leve moderada intensa insuportável

