

Estevão da Rocha Marcelo
Kéren Larissa da Costa Ferreira

**PROGRAMA DE AUTOCUIDADO APOIADO PARA O MANEJO DA DOR
CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE: relato de caso**

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

Belo Horizonte

2020

Estevão da Rocha Marcelo
Kéren Larissa da Costa Ferreira

**PROGRAMA DE AUTOCUIDADO APOIADO PARA O MANEJO DA DOR
CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE: relato de caso**

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

Orientadora: Prof. Dr. Fabiane Ferreira Ribeiro

Co-orientadora: Prof. Esp. Daniela Silva Magalhães

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

Belo Horizonte

2020

*Dê nome pra loucura que ela deixa de ser.
Sinta dor com nome que assusta menos.
Problemas com nomes, são problemas e não loucuras+*

Tati Bernardi

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar um relato de experiência e fazer uma reflexão e discussão sobre a abordagem realizada por profissionais de saúde, em especial o Fisioterapeuta, na sistematização e aprimoramento do atendimento a usuários com dor crônica musculoesquelética no ambiente da Atenção Primária. Para amparar esta proposta foi realizada uma entrevista em profundidade com uma profissional da Fisioterapia, integrante de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), no município de Belo Horizonte (BH). A partir do caso relatado e da perspectiva do autocuidado apoiado, discutiu-se sobre as potencialidades dessa abordagem como alternativa para o tratamento do crescente número de usuários com doenças crônicas musculoesqueléticas, cujo principal sintoma é a dor. No diagnóstico situacional foi relatado um elevado número de pessoas com dor crônica musculoesquelética que buscam por cuidado na AB. Baseando-se neste problema foram realizados os seguintes passos para o acompanhamento dos usuários: uma avaliação inicial e os usuários receberam instruções específicas de como realizar o autocuidado até a data do seu retorno à Unidade Básica de Saúde (UBS). Resultados da experiência relatada apontam que o autocuidado apoiado pode ser uma estratégia adequada no manejo e redução da dor em pacientes que possuem dor crônica musculoesquelética. Ações de enfrentamento dentro do panorama epidemiológico, que indica um aumento das doenças crônicas, precisam contemplar formas terapêuticas que envolvam a participação ativa do usuário de forma interprofissional e integral, tornando possível a abordagem da dor crônica musculoesquelética para além do tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: Dor crônica. Autocuidado apoiado. Atenção primária à saúde. NASF-AB (Núcleo de assistência à saúde da família - Atenção básica). Fisioterapia.

ABSTRACT

This study aimed to reflect on the approach taken by health professionals, especially the Physiotherapist, in the systematization and improvement of care for users with chronic musculoskeletal pain in the Primary Care environment. To support this proposal, an in-depth interview was conducted with a Physiotherapy professional, part of an Extended Nucleus for Family Health and Primary Care (NASF-AB), in the city of Belo Horizonte (BH). From the case reported and from the perspective of supported self-care, the potential of this approach was discussed as an alternative for the treatment of the growing number of users with chronic musculoskeletal diseases, whose main symptom is pain. In the situational diagnosis, a high number of people with chronic musculoskeletal pain seeking care in PC were reported. Based on this problem the following steps were taken to monitor users: an initial assessment was carried out and users received specific instructions on how to perform self-care until the date of their return to the Basic Health Unit (UBS). Results of the reported experience show that supported self-care can be a good non-management and pain reduction in patients who have chronic musculoskeletal pain. Coping actions within the epidemiological panorama, which indicates an increase in chronic diseases, must contemplate therapeutic forms that involve the active participation of the user in an interprofessional and integral way, making it possible to approach the musculoskeletal chronic in addition to drug treatment.

Keywords: Chronic pain. Supported self-care. Primary health care. NASF-AB (Family health care center - Primary care). Physiotherapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivos gerais	11
2.2. Objetivos específicos	11
3. METODOLOGIA	12
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25
Apêndice 1 - Roteiro da entrevista semiestruturada	29

1 INTRODUÇÃO

Avanços científicos e tecnológicos do mundo atual ainda não contemplam toda a complexidade da experiência humana relativa aos processos de dor (ALMEIDA *et al.*,2010). Segundo a antropóloga Cynthia Sarti, (1998) a dor sempre se estabelece numa realidade social, e, portanto, para a compreensão de seu significado e abordagem, emerge a importância das percepções do doente, da família e dos profissionais.

Na busca por essa compreensão a própria definição de dor precisa ser explorada. A Associação Internacional Para o Estudo da Dor (IASP) define dor como %uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial+(RAJA *et al.*, 2020); (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018). Assume portanto que, por ser uma questão vivenciada individualmente, a dor possui uma dimensão subjetiva.

Quanto ao mecanismo neurofisiológico, a dor pode ser descrita em: nociceptiva, %dor que surge de dano real ou potencial ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores+; neuropática, %dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial+; e nociplástica %dor que surge da nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de dano tissular real ou ameaçado causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial causando a dor+ (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2017).

A dor também é classificada em relação a parâmetros como, por exemplo, o tempo de duração (aguda ou crônica). A dor aguda é %a dor com a duração menor que 3 meses+ (ICD-11 for MORTALITY AND MORBIDITY STATISTICS, 2020). Possui como curso natural a remissão, podendo, no entanto, de acordo com Ready e Edwards (1995, *apud* CALIL e PIMENTA, 2020) perdurar e tornar-se, por consequência, crônica (READY e EDWARDS,1995). Diferente da dor crônica, na dor aguda, objetiva-se sua eliminação completa e alívio imediato das sensações desagradáveis (YENG *et al.*, 2001).

A IASP desenvolveu uma classificação de dor crônica para a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizar na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 11 (CID 11), a dor crônica é aquela que permanece ou recorre por um tempo superior a 3 meses. Envolve três dimensões: biológica, psicológica e social+ (ICD-11 FOR MORTALITY AND MORBIDITY STATISTICS, 2020). Dor crônica primária é definida como dor em um ou mais regiões anatômicas que:

(1) persiste ou recorre por mais de 3 meses; (2) está associado a sofrimento emocional significativo (por exemplo, ansiedade, raiva, frustração ou humor deprimido) e/ou significativa incapacidade funcional (interferência nas atividades da vida diária e participação em papéis sociais), (3) e os sintomas não são melhor explicados por outro diagnóstico (NICHOLAS *et al.*, 2019).

Já a dor crônica secundária está relacionada a outras doenças de base, que podem, em princípio, serem consideradas como entidades causadoras da dor. (TREEDE *et al.*, 2019).

Por ser uma das condições mais comuns para o paciente procurar assistência médica na atualidade (TREEDE *et al.*, 2019), a dor crônica pode ser considerada um problema de saúde pública em decorrência de sua alta prevalência e incapacidades relacionadas, com repercussões importantes na vida das pessoas. As consequências socioeconômicas resultantes da dor lombar e cervical, por exemplo, estão entre as dez principais causas de incapacidade pela classificação mundial de incapacidades (SOUZA *et al.*, 2017). Sabe-se que a dor crônica é uma das principais causas de incapacidade em países com alto índice de desenvolvimento sócio econômico ou em desenvolvimento como o Brasil, e pode restringir a capacidade de participação dos indivíduos no trabalho além de limitar atividades de vida diária (SOUZA *et al.*, 2017). É a principal causa de afastamento do trabalho, aposentadoria prematura, reparações trabalhistas e redução da produtividade no Brasil. Afeta entre 30% e 40% da população nacional, o que reforça, portanto, seu atributo de importante problema de saúde pública (CIPRIANO, 2011 e SÁ, 2009). Portanto, essa condição deve ser vista como uma prioridade global de saúde, porque o tratamento adequado da dor é um direito humano e é obrigação de todo sistema de saúde fornecê-lo. (TREEDE *et al.*, 2015).

No Brasil, o envelhecimento populacional e consequente aumento da expectativa de vida incrementa a prevalência de acometimentos crônicos (BRITO, 2007). Nesse sentido, impõe-se uma adequação do sistema de saúde e das práticas do cuidado às necessidades da população. Assim como no mundo, no Brasil, é possível observar um desencontro entre as necessidades de saúde e a resposta do sistema. Isso ocorre por que existe uma incompatibilidade entre a transição demográfica e epidemiológica que está em curso no Brasil, marcada pelo aumento de condições crônicas, e um sistema de atenção à saúde organizado para atender condições agudas de forma segmentada e sem o envolvimento ativo dos usuários no processo de cuidado com a própria saúde (MENDES, 2012).

Neste contexto, lidar com o cuidado da pessoa com dor crônica apresenta-se como um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Usuário, família e profissionais da saúde, são atores nesse processo e precisam estabelecer uma relação colaborativa que parece ser essencial para seu manejo. Nesse sentido, a multidimensionalidade da dor crônica determina a sua abordagem de forma integral, o que demanda uma equipe interprofissional capacitada. No caso das dores crônicas musculoesqueléticas, estas estão presentes no cotidiano das práticas do Fisioterapeuta que, frente a este cenário, tem o compromisso de levantar informações para o planejamento e implementação de recursos terapêuticos pertinentes, considerando que a dor não envolve apenas a dimensão física.

A prevalência de dor crônica no Brasil não é estudada de forma aprofundada e não sabe-se ao certo seu valor. Vasconcelos e Araújo em sua revisão (2018) encontraram que a maioria dos estudos realizados no Brasil apresentam prevalência maior do que a da população mundial (que é estimada em torno de 10,1 a 55,5%, com uma média de 35,5% (HARSTALL e OSPINA 2003). Eles concluíram entretanto que não se pode afirmar com convicção que essa relação é verdadeira pois os estudos apresentam apenas dados regionais. A prevalência encontrada nas pesquisas varia de 29,3% a 73,3%, todas foram significativas (SILVEIRA; PASQUALOTTI; COLUSSI, 2012).

Dentro da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária à saúde (APS) representa contato preferencial do sujeito com a rede assistencial do sistema de saúde, e é considerada o nível de coordenação do cuidado na rede SUS.

Neste cenário de prática, o Fisioterapeuta faz parte de uma equipe interprofissional, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que tem, entre outras funções, dar apoio à Equipe de Saúde da Família (ESF) na garantia do cuidado integral de seus usuários.

Diante de um contexto de incongruência entre serviço e demanda, e portanto, de baixa eficiência para o cuidado das doenças crônicas, para melhorar a atenção à saúde de usuários com essas condições crônicas no Brasil, Mendes, (2012) propõe o fortalecimento do autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado constitui um processo colaborativo em que o objetivo principal é o empoderamento do paciente para cuidar de si, de sua saúde e gerenciar sua condição, com o apoio do profissional da saúde (MENDES, 2012). Exige um modo de cuidado que envolve a troca de informações e a educação contínua do usuário transformando-o em agente ativo da própria saúde. Além disso é preciso estabelecer um monitoramento frequente das questões de saúde e de metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo (ADAMS; CORRIGAN 2003). Em se tratando de dor crônica e autocuidado apoiado, Mendes considera que há maior motivação para mudanças de comportamento do que outras condições crônicas como diabetes e hipertensão.

De acordo com a OMS existem vastas evidências científicas (em mais de 400 estudos publicados) que demonstram resultados superiores das intervenções ligadas à promoção do papel do paciente no gerenciamento das situações crônicas (OMS, 2003). As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro (2012). O MACC utiliza como base o CCM (Chronic Care Model), mas acrescenta outros componentes para adaptá-lo às especificidades do SUS. (MENDES, 2012).

Neste estudo, buscou-se refletir sobre a abordagem do autocuidado apoiado no manejo da dor crônica musculoesquelética em usuários da AB, e o papel do Fisioterapeuta neste processo, desde a concepção de uma ação com esta abordagem, sua operacionalização, até os resultados para o usuário. Para esse fim, os seguintes questionamentos norteadores foram levantados: como é abordado um usuário que busca o serviço de saúde com queixa de dor crônica

musculoesquelética na UBS?; Qual o papel da assistência de fisioterapia para a abordagem desses usuários?; É possível implementar um programa de autocuidado apoiado dentro do processo de trabalho de uma UBS?

Considerando o exposto, a recorrência e importância da dor crônica no cenário brasileiro, e a eficácia do autocuidado apoiado, este estudo tem como objetivo apresentar uma experiência, refletir e discutir o tema a partir da apresentação do relato real de implementação de um programa de autocuidado apoiado para um grupo de usuários com dor crônica musculoesquelética da UBS, por uma profissional inserida no sistema público de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar um relato e discutir o tema do autocuidado apoiado no manejo da dor crônica musculoesquelética, a partir do relato real de implementação de um programa para um grupo de usuários da UBS na Atenção Básica.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o tema do autocuidado apoiado para o manejo da crônica musculoesquelética;

2.2.2 conhecer e explorar um exemplo de implementação de um programa sobre o tema em questão, na realidade do SUS;

2.2.3. suscitar a discussão sobre o autocuidado apoiado enquanto estratégia viável para o manejo da dor crônica musculoesquelética no nível da atenção básica.

3 METODOLOGIA

Os métodos utilizados foram selecionados de forma a permitir uma aproximação com as limitações e potenciais de um programa de autocuidado apoiado para a abordagem de usuários com queixa de dor crônica musculoesquelética numa perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Foi realizada uma revisão livre da literatura em relação a aspectos da dor crônica musculoesquelética e abordagens de autocuidado apoiado para a aproximação do objeto do estudo. A escolha do tema desenvolvido tem como justificativa a aproximação do mesmo com a realidade das práticas fisioterapêuticas, sua relação com aspectos do cuidado em saúde na atenção básica e, ainda, considerando a necessidade de ampliação da discussão sobre as ações voltadas para queixas crônicas.

Algumas estratégias metodológicas foram aplicadas. Foi realizada busca de literatura nas base de dados internacionais e nacionais Medline/Pubmed, Lilacs e a Scientific Eletronic Library - Scielo. As palavras-chaves utilizadas na busca da revisão foram restritas à atenção primária (*chronic musculoskeletal pain and primary care*) a ao autocuidado apoiado (*chronic musculoskeletal pain and supported self-care care+*; *self-management interventions and chronic musculoskeletal pain+*). Pesquisaram-se também os termos em português: *dor crônica musculoesquelética e Atenção Primária+*, e *dor crônica musculoesquelética e autocuidado apoiado+*. O estudo abrangeu artigos sem restrições do ano de publicação. As informações foram categorizadas em: 1) conhecimentos sobre dor crônica musculoesquelética; 2) conhecimentos sobre autocuidado apoiado como tratamento de dor crônica musculoesquelética.

Uma entrevista semi estruturada com uma profissional fisioterapeuta de um NASF-AB de Belo Horizonte foi escolhida como método para dar subsídios à discussão do tema. Perguntas abertas foram formuladas pelos examinadores (Apêndice 1) a partir da revisão realizada, e posteriormente discutidas com um terceiro pesquisador. A entrevista ocorreu com a participação de dois examinadores, via plataforma de videoconferências online (Zoom) em data e hora combinadas previamente. Foi gravada e posteriormente transcrita.

A análise dos resultados foi realizada a partir do conteúdo da entrevista da profissional Fisioterapeuta sobre o tema abordado e sobre os principais pontos discutidos, tendo como base a revisão realizada. Estes foram divididos em dois eixos temáticos: 1) formação em saúde e demanda de cuidado; e 2) autocuidado apoiado como estratégia de cuidado na atenção básica.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As etapas utilizadas no desenvolvimento deste trabalho foram definidas com vistas a fomentar a elaboração desta monografia trazendo à tona a discussão sobre o manejo da dor crônica na Atenção Básica. Acredita-se que este é um assunto que deve despertar o interesse de profissionais da área da saúde para a incorporação de tecnologias e novos modos de fazer em suas rotinas de trabalho no cuidado ao paciente com dor crônica musculoesquelética. A reflexão sobre a adequação entre organização do serviço e demanda, bem como o modelo de autocuidado apoiado para sustentar ações da UBS, podem ser impulsionadas e motivadas a partir de uma experiência exitosa.

Do ponto de vista da formação em saúde nota-se que os cursos de graduação mantêm seus enfoques no trabalho curativista e nas doenças, enfatizando de forma muito modesta o potencial dos processo de educação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Essa abordagem associada ao contato restrito com estudantes de outras graduações não possibilita a interdisciplinaridade, diminuindo a possibilidade do desenvolvimento de competências que favorecem a atenção integral, tão necessária num contexto de alta prevalência de doenças crônicas (SERIANO *et al.*, 2013). A estratégia da utilização de um programa de autocuidado apoiado é uma abordagem de caráter educativo, na sua maioria interprofissional, importante para promover a autonomia dos usuários dos sistemas de saúde em lidar com seus desafios (MENDES 2012).

Embora tenha grande importância, temas como a atuação em equipe e as formas de cuidado centradas no indivíduo com sua participação efetiva no processo de cuidado, ainda são pouco explorados durante a formação de alunos da saúde, principalmente de forma prática. O modelo de autocuidado apoiado proposto por Mendes é uma abordagem que demanda tais conhecimentos ainda incipientes no processo formativo: *“durante a graduação eu não tive contato com o autocuidado apoiado”*. Visitando o Código de Ética da profissão pode-se encontrar a autonomia como um fator importante a ser desenvolvido na relação terapeuta-paciente, de

maneira que o paciente seja ativo nas tomadas de decisões do seu tratamento (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2013).

Supostamente, egressos dos cursos da área da saúde, seguindo suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estariam aptos a atender a uma diversidade de casos (generalistas) e a desenvolver atividades em equipe no serviço público. No entanto, observam-se lacunas em relação ao conhecimento sobre o próprio sistema de saúde e sobre o processo de trabalho desenvolvido na atenção primária (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Processos educativos voltados para atualizar conhecimentos e promover reflexões, são oferecidos aos trabalhadores numa perspectiva da educação permanente.

Em relação ao tema da dor crônica, quando questionada sobre o conceito, a entrevistada demonstra ter conhecimentos atualizados sobre o assunto: *%recentemente tivemos uma atualização relacionada à definição de dor feita pela organização internacional de estudo da dor, a IASP (...) a dor crônica, ela entra nessa classificação, porém é uma dor que se apresenta há mais de três meses e que também está presente na maioria dos dias+* Também expressa uma visão ampliada do conceito de dor: *%a dor é sempre uma experiência que é influenciada em graus variados por vários fatores sendo biológicos, psicológicos e espaciais (...) e pode ter efeitos adversos na função do bem estar social e psicológico da pessoa.*

Como comentado anteriormente, a prevalência de dor crônica pode chegar até 73% (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018). Em relação à demanda nos serviços de saúde um estudo realizado em uma UBS de Santa Maria, RS, encontrou prevalência de 37,8% de dor crônica musculoesquelética entre os usuários, com relato de intensidade da dor, em média, de $7,38 \pm 2,16$ na escala analógica visual (EAV) (RUVIARO; FILIPPIN, 2012). Essa realidade é relatada também pela fisioterapeuta: *%a maior demanda que eu tenho hoje, nas duas unidades básicas de saúde, estão relacionadas a dores crônicas musculoesqueléticas. Ela está mais presente em membros inferiores e coluna lombar, mas atendo muitos pacientes com dores difusas, bastantes crônicas relacionadas a essas questões de complexidade que eu ressaltei pela definição de dor+* Em estudo desenvolvido com adultos e idosos, SILVEIRA, PASQUALOTTI e COLUSSI (2012) encontraram como locais de maior

prevalência de dor os joelhos seguidos pelos quadris. Evidenciou-se ainda, alta prevalência de dor crônica em idosos.

Segundo a entrevistada o serviço se organiza para atender a essa demanda. Os pacientes são encaminhados para a Fisioterapia por meio da equipe de saúde da família, após o acolhimento por esta equipe: *Uma vez por mês a Equipe de Saúde da Família se reúne com a equipe do NASF-AB para um encontro de discussão e manejo em conjunto dos casos.* A importância do trabalho em equipe e da interdisciplinariedade que as UBS dispõem é apresentada como um facilitador do manejo de diversas condições. O panorama vivenciado na rotina do trabalho foi motivo para a busca de especialização na área: *Isso também foi uma motivação para que eu pudesse me especializar em ortopedia e manejar (...) com maior destreza esses pacientes, respeitando essa complexidade da forma como ela deve ser levada e conduzida.*

No fluxo relatado, fica claro o papel da AB como porta de entrada preferencial do sistema e da vinculação do usuário com a equipe de referência. Ainda, a importância da comunicação interprofissional que acontece em reuniões de matriciamento: *para que o paciente tenha o acesso ao fisioterapeuta do centro de saúde, atualmente ele precisa ter conhecimento de quais os horários que a sua Equipe de Saúde da Família está no acolhimento, para que possa comparecer ao acolhimento e manifestar a sua dor, a sua demanda e contar sobre ela. (...) Na reunião de matriciamento a equipe nos apresenta o caso.*

Outro fato que merece destaque é a visão da questão da dor enquanto campo de saber dos trabalhadores desta UBS, não se restringindo aos profissionais de saúde a detecção de uma demanda e o compartilhamento da mesma: *Desde o ACS identificando uma demanda no domicílio do paciente ele pode orientar: ela passa no acolhimento, vai na equipe de saúde da família, apresenta a sua queixa. O profissional da zoonoses também pode fazer esse tipo de orientação. O pessoal do administrativo também, quando percebe alguma questão que o paciente relata, às vezes esperando a marcação ou a resolução de algum problema, entrega de resultado de algum exame. Todos os profissionais da atenção básica são capazes de reconhecer. Então todos tem o poder de reconhecer.*

Nesta perspectiva é importante que o usuário seja o foco da organização dos serviços de saúde e da atuação dos diversos profissionais, transformando as unidades de saúde em local de socialização de saberes. Um campo comum de atuação profissional e colaboração pode e deve ser concebido principalmente no que se refere ao acolhimento. A interação e troca estabelecem um objetivo também comum, que é a saúde de todos (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

A partir dessa realidade, estratégias precisam ser delineadas para o acolhimento cada vez mais frequente de pessoas com queixas algícas musculoesqueléticas.

Como abordado anteriormente, a dor crônica é uma condição frequente na atenção primária e desafia a dicotomia entre mente e corpo e a ideia de cura sendo a meta da abordagem do profissional de saúde. O manejo adequado da dor crônica na atenção primária depende de uma abordagem interdisciplinar e integral dirigida a controlar a dor e ensinando os usuários a manejar bem sua condição dolorosa. Lidar com a dor crônica na atenção primária evita o risco de profissionais de especialidades diferentes ofertarem tratamentos baseados em suas habilidades especiais, ao invés de oferecer o tratamento interdisciplinar e amplo da dor que muitos pacientes precisam. (MILLS *et al.*, 2016)

A modalidade de abordagem da dor crônica musculoesquelética escolhida pela fisioterapeuta entrevistada é definida pela mesma como autocuidado apoiado: *% autocuidado apoiado objetiva preparar e empoderar as pessoas, os usuários, para que elas auto-gerenciem a sua saúde e a atenção à saúde prestada a elas+ Ela aponta como referência para este modelo o Professor Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, 2012): % referência da definição, para mim, está dentro do modelo de atenção às condições crônicas proposto e guiado pelo Mendes no material que ele cita o cuidado das condições crônicas na atenção primária de saúde+*

A literatura aponta que a estratégia do autocuidado deve estar presente no atendimento aos pacientes com condições crônicas. Os profissionais de saúde devem ensinar os usuários dos sistemas a se automonitorar e progredir em seus próprios programas de cuidado: *% uso de estratégias que dão apoio ao autocuidado inclui a avaliação do seu estado de saúde, fixação de metas a serem alcançadas,*

elaboração de planos de cuidado, tanto fisioterapêuticas quanto de outros profissionais da saúde+ Estas estratégias podem contribuir para que os pacientes construam autoeficácia e desenvolvam autonomia para gerir suas condições de saúde (CANEIRO et al., 2019). %o..) desenvolver o autocuidado aumenta a auto eficácia do paciente para ele conseguir gerenciar tanto o processo de reabilitação e de melhora da dor, mas também outros processos da vida; então o autocuidado apoiado relacionado a dor reflete positivamente em outras áreas da vida. A gente consegue aumentar a autoeficácia do paciente+.

Autoeficácia, de acordo com Fontes e Azzi, é definida como a crença sobre a capacidade pessoal de realizar tarefas ou comportamentos para alcançar um resultado esperado (2012). É considerada fundamental para motivação e realização. A percepção de autoeficácia não é associada a aspectos específicos, portanto uma pessoa pode sentir-se muito autoeficaz em uma área da vida e menos em outras. (SALVETTI; PIMENTA; 2007). Nos processos saúde-doença, a questão da autoeficácia pode ser fundamental para a adesão do paciente ao tratamento, onde a complexidade dos saberes e habilidades são diretamente proporcionais à necessidade de autoeficácia para lidar com os problemas e desafios (SANTOS; FARO, 2018): *%depois que eu comecei a implementar e trabalhar a minha conduta com as estratégias do autocuidado apoiado, reconhecendo a especificidade do paciente, elaborando metas dentro da sua especificidade e até mesmo da organização do seu dia-a-dia, planejando metas a curto, médio e longo prazo com eles, os resultados e principalmente a adesão ao tratamento aumentaram muito, porque a partir do momento que o paciente consegue ver mesmo que de pouco em pouco que ele está evoluindo, isso é muito importante, ele fica motivado até mesmo a voltar+.*

Portanto, programas de autocuidado se diferenciam da simples entrega de materiais de educação para o paciente. Isso se dá por meio da ênfase no desenvolvimento de habilidades do usuário, importante para aumentar sua autoeficácia para gerenciar os próprios sintomas e operar mudanças no estilo de vida para beneficiar sua saúde (BAIR et al., 2009)

Diante disso, surgiu a decisão da profissional de iniciar um Programa de Autocuidado Apoiado para os usuários das UBS em que trabalha. O planejamento

foi pautado em princípios organizativos do SUS como a regionalização: *“desde que eu comecei a trabalhar eu sempre tive a clareza que para um trabalho dentro da atenção primária seja efetivo a gente precisa interpretar a territorialidade daquele local em que se é responsável. Identificar quais são as demandas mais frequentes para planejar estratégias, para manejar de forma eficaz e que possa englobar mais pessoas ou dar mais resultado”*. Dentro das diretrizes para o trabalho do NASF-AB está a questão do diagnóstico situacional, com a sugestão de que esse levantamento seja realizado por diferentes fontes de dados incluindo a percepção e as expectativas dos profissionais e usuários sobre as necessidades do território em questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A exposição sobre o planejamento para implementação do Programa pela profissional nos dá pistas sobre os passos a serem seguidos para uma ação exitosa.

As principais dificuldades relacionadas à implementação do autocuidado apoiado segundo a fisioterapeuta foi o espaço físico, a falta de um consultório em que pudesse permanecer por períodos mais longos: *“nem sempre eu estava em um lugar com tanta privacidade quanto eu gostaria para conversar com o paciente, sabe? então o consultório é muito pequeno, barulhento ao redor”*. A identificação de aspectos desafiadores no trabalho, como a falta de infraestrutura física, representa uma barreira para a execução de atividades já apontada em estudo anterior onde foi relatado por profissionais do NASF a falta de espaço para os acolhimentos e atendimentos em grupos, entre outros (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO *et al.* 2016). Espaços em prédios adaptados e construções novas ainda são realidades que coexistem enquanto ambientes de trabalho e locais de UBS.

Por outro lado, o fato de trabalhar em equipe foi enfatizado como facilitador para o compartilhamento e a implementação da ideia: *“os recursos facilitadores, foram que a equipe de saúde da família, como um todo, comprou muito a ideia; desde que eu comecei a estudar isso eu também tive a iniciativa de mostrar para a equipe de saúde da família e para as gestões dos centros de saúde como eu estava trabalhando, então o incentivo, o apoio, o aumento dos encaminhamentos em função da apresentação do trabalho foram grandes facilitadores. E também a facilidade de solicitar um outro profissional da equipe para auxiliar na condução do caso, seja no NASF seja na equipe de saúde da família”*.

O processo educativo do programa de autocuidado apoiado relatado pela fisioterapeuta passa principalmente por uma escuta qualificada e profunda para compreender a realidade de vida e crenças do usuário (Ministério da Saúde, 2008) reforçando a importância da autoeficácia e a humanização do cuidado: *“o primeiro passo é entender qual é a condição específica do paciente, logo depois entender quais as crenças ele tem relacionadas a sua condição de saúde. Quando a gente identifica alguma crença negativa, a gente tem que trabalhar em cima dela”*. A profissional ainda relata que muitos usuários buscam o atendimento na expectativa de fazer exames de imagem e receber prescrições de medicamento, uma realidade ainda presente mostrando uma característica do cuidado culturalmente pautada no modelo biomédico (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017): *“em paciente que acha que precisa fazer exame de imagem, acha que só melhora com medicamento, por exemplo, paciente com dor nas costas às vezes acha que vai parar na cadeira de rodas no final da vida, acha que vai perder o emprego por conta disso”*.

Entretanto, por meio de sua experiência, a fisioterapeuta observa que a estratégia pode não ser efetiva para todos: *“em alguns grupos que a gente já identifica que são grupos que não se enquadram para desenvolver essas estratégias. Crianças, pessoas em processo depressivo ou de sofrimento mental muito forte, pessoas com doenças neurológicas que afetam o cognitivo, e pessoas que a gente sabe que tem outras que fazem tudo por elas”*. Por outro lado, fundamentos do sistema de saúde, como a abordagem do usuário enquanto sujeito vinculado primariamente a um grupo social como a família, ou seja, a abordagem da saúde da família, coloca luz nesse desafio de acolher com esta estratégia esses grupos mais complexos: *“enquanto autocuidado talvez vai ser difícil de desenvolver com esses grupos, mas aí a gente pode desenvolver uma atenção centrada na família, por exemplo, de desenvolver junto com a família os cuidados para o paciente. As pessoas que têm dificuldade para ler, eu uso a estratégia de filmar no celular, gravar áudio, a maioria tem celular, mesmo que não tenha internet. O que eu tenho feito muito ultimamente é filmar e falar as orientações no vídeo.”*

Os resultados percebidos pela profissional com a inclusão do modelo de autocuidado apoiado e todo o escopo de princípios e valores carregados com a estratégia são narrados pela fisioterapeuta: *“os pacientes tinham dor em torno de 7,*

quase 8 (EVA) em um programa de autocuidado implementado, em uma média de 30 dias. A maioria das pessoas reduziu consideravelmente sua dor de 7 para 3. Parece que o autocuidado apoiado funciona! Dessas pessoas que participaram a maioria tinha dor crônica musculoesqueléticas em membros inferiores, superiores e dor lombar, e elas reduziram significativamente seu nível de dor. Claro que o estudo foi feito dentro dessa estratégia do autocuidado apoiado+ Os resultados a que a profissional se refere fizeram parte de sua monografia de conclusão do curso de Especialização em Ortopedia, já mencionado pela mesma. (MAGALHÃES, 2019)

A percepção de autonomia e da importância de processos de educação em saúde é outro resultado percebido pela entrevistada: *quando o paciente entende que faz parte ativa do processo e vê que ele está melhorando, ele consegue de forma autônoma dar conta de muitas condições sem ir à UBS ou sem solicitar uma consulta específica+* A liberdade de escolha, a informação sobre saúde enquanto um direito levando as pessoas a uma consciência de sua situação real para que, por meio da motivação, possam buscar o bem-estar é característica do *empoderamento* (SOUZA, *et al.* 2014).

A profissional ainda reflete sobre os resultados mais distais que programas de autocuidado apoiado, com foco na educação do manejo da dor para os usuários com dor crônica musculoesquelética, podem vir a produzir: *quanto mais o paciente com dor crônica entende sobre a sua condição de saúde, isso acaba refletindo nos gastos públicos, por que essa pessoa passa a diminuir o uso excessivo dos dos serviços de saúde, o afastamento do trabalho e a filas de espera para especialidades médicas+*

A intensidade da experiência relatada parece ter sido capaz de modificar modos de fazer e perceber da Fisioterapeuta: *entender que o autocuidado apoiado funciona de verdade dentro da individualidade de cada um mudou bastante a minha conduta e conseqüentemente o resultado na condução dos casos+* A postura nos remete à Política de Humanização da Saúde e seus princípios fundamentais de implementação (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008), em especial o terceiro: protagonismo, corresponsabilidade e empoderamento dos sujeitos e coletivos (um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde): *eu sou uma*

profissional hoje muito diferente da que eu era há um ano atrás. Quando eu entendi que a condução do caso não dependia só da minha conduta especificamente, e sim de entender o contexto, entender como eu vou introduzir aquilo na vida do paciente e como envolver outros profissionais na condução do caso, a gente constrói uma conduta integral para cada paciente; então muitas vezes eu trabalhava em cima da queixa, eu me via ali só como fisioterapeuta. (...) é um privilégio ter na atenção básica com tão fácil acesso outros profissionais para abordar o caso de forma conjunta. +

Por fim, a Fisioterapeuta deixa uma provocação para os pares da profissão em forma de indagações: *será que todo fisioterapeuta da atenção primária estimula o autocuidado do seu paciente? Será que o fisioterapeuta da atenção primária sabe que existem estratégias específicas para manejar condições crônicas? Principalmente relacionada a dores musculoesqueléticas? Será que o fisioterapeuta da atenção primária acolhe e conduz o seu caso baseado no modelo biopsicossocial? E usufruindo do privilégio de ter uma equipe interdisciplinar ao seu lado+?*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de transição demográfica e consequente transição epidemiológica coloca o manejo da dor crônica musculoesquelética como um desafio para os profissionais da saúde. A dor crônica acomete uma parcela importante de usuários do SUS que buscam os serviços oferecidos pela UBS.

Os processos de dor podem afetar várias áreas da vida dos sujeitos, e quando a dor torna-se crônica pode desencadear múltiplos sintomas como: alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificação do humor, baixa auto-estima, pensamentos negativos, apreciação desesperançada da vida, altera relações familiares, de trabalho e de lazer (SALVETTI, MG; PIMENTA CA 2007).

A abordagem dos usuários com dor crônica deve contar com uma equipe interprofissional que possa realizar uma avaliação ampla e promover ações utilizando técnicas terapêuticas acessíveis e contextualizadas, de forma a favorecer a participação ativa do sujeito e sua rede social.

Qual o papel do Fisioterapeuta nessa condição de saúde? Dentro da atenção básica ele é parte de uma equipe e deve colaborar na implementação e prática de programas de prevenção de dores crônicas, grupos de manejo de dor crônica, e educação em saúde que permitam ao paciente empoderar-se da própria saúde para então incutir as ações de Autocuidado Apoiado.

Os Programas de Autocuidado Apoiado podem ser uma ferramenta importante para organizar as demandas do usuário, vinculá-lo ao tratamento, motivá-lo e literalmente apoiá-lo de forma contundente em seu processo algico. É viável e condizente com os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais do NASF-AB no ambiente dos centros de saúde, e podem contar com a diversidade de áreas profissionais que atual da atenção básica.

A dor, como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjetiva. Aquele que sente a dor, dela diz, eu é que sei. Frente à dor do outro, há comoção, sofrimento (ou, mesmo, gozo), com maior ou menor distância e intensidade. [...] Assim, dizemos que entendemos a dor do outro. Não é precisamente esta possibilidade que fundamenta o sentimento da compaixão, a comoção diante do sofrimento alheio? Mas como saber da dor do outro? E a nossa dor? Como vivenciá-la e expressá-la? Quem irá

entendê-la e como? O que há de social num sentimento tão singular?
(SARTI, 1998)

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Fabrício Fernandes; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz; DOCA, Fernanda do Nascimento Pereira; TURRA, Virgínia. Experiência de Dor e Variáveis Psicossociais: o Estado da Arte no Brasil: estudos psicológicos brasileiros da dor. **Temas em Psicologia**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2010.
2. SARTI, Cynthia A. A DOR, O INDIVÍDUO E A CULTURA. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, jul. 2001.
3. RAJA, Srinivasa N; CARR, Daniel B; COHEN, Milton; FINNERUP, Nanna B; FLOR, Herta; GIBSON, Stephen; KEEFE, Francis J; MOGIL, Jeffrey S; RINGKAMP, Matthias; SLUKA, Kathleen A. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, Baltimore, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, set. 2020.
4. VASCONCELOS, Fernando Holanda; ARAÚJO, Gessi Carvalho de. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 176-179, mar. 2018.
5. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Terminology, Olympia, 2017. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>. Acesso em: 06 nov. 2020.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: (Version 09/2020). 2020. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/14041357> 6. Acesso em: 26 out. 2010.
7. CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 325-332, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300011>.
8. YENG, Lin Tchia; STUMP, Patrick; KAZIYAMA, Helena Hideko Seguchi; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; IMAMURA, Marta; GREVE, Júlia M DqAndrea. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 245-255, 2001.
9. NICHOLAS, Michael; VLAEYEN, Johan W; RIEF, Winfried; BARKE, Antonia; AZIZ, Qasim; BENOLIEL, Rafael; COHEN, Milton; EVERS, Stefan; GIAMBERARDINO, Maria Adele; GOEBEL, Andreas. The IASP classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, Baltimore, v. 160, n. 1, p. 28-37, jan. 2019.
10. TREEDE, Rolf-Detlef; RIEF, Winfried; BARKE, Antonia; AZIZ, Qasim; BENNETT, Michael I; BENOLIEL, Rafael; COHEN, Milton; EVERS, Stefan; FINNERUP, Nanna B; FIRST, Michael B. Chronic pain as a symptom or a disease. **Pain**, Baltimore, v. 160, n. 1, p. 19-27, jan. 2019.

11. CIPRIANO, A; ALMEIDA, DB; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n. 4, p. 297-300, dez. 2011.
12. SÁ, Katia; BAPTISTA, Abrahão Fontes; MATOS, Marcos Almeida; LESSA, Ines. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v.43 n. 4, p. 622-30, jun. 2009.
13. SOUZA, Juliana Barcellos de; GROSSMANN, Eduardo; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas; OLIVEIRA JUNIOR, Jose Oswaldo de; FONSECA, Paulo Renato Barreiros da; POSSO, Irimar de Paula. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: brazilian population-based survey. **Pain Research And Management**, v. 2017, p. 1-9, set. 2017.
14. TREEDE, Rolf-Detlef; RIEF, Winfried; BARKE, Antonia; AZIZ, Qasim; BENNETT, Michael I; BENOLIEL, Rafael; COHEN, Milton; EVERS, Stefan; FINNERUP, Nanna B.; FIRST, Michael B. A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, Baltimore, v. 156, n. 6, p. 1003-1007, jun. 2015.
15. BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. 2007. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:cdp:texdis:td318>. Acesso em: 25 out. 2020.
16. MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 441 p.
17. HARSTALL, Christa; OSPINA, Maria. How Prevalent Is Chronic Pain? **International Association For The Study Of Pain: Updates Clinical**, v. 9, n. 2, p. 1-4, jun. 2003
18. SILVEIRA, Michele M; PASQUALOTTI, Adriano; COLUSSI, Eliane. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 209-214, jun. 2012.
19. ADAMS, K; CORRIGAN, JM. **Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality**. 1 ed. Washington: National Academies of Sciences, 2003. 160 p.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: Componentes Estruturais de Ação. Brasília: 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. .

- Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2020.
22. SERIANO, KN; MUNIZ, VR; CARVALHO, ME. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v 20, n. 3, p. 250-255, Set. 2013.
 23. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília. 2013. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2018/08/8Codigo_de_Etica.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2020.
 24. ALVES, Maria Angélica; RIBEIRO, Fabiane Ferreira; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em transformação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 185-192, Jun. 2016.
 25. RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte, São Paulo, **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-131, jun. 2012.
 26. ELLERY, Ana; PONTES, Ricardo; LOIOLA, Francisco. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013
 27. MILLS, Sarah; TORRANCE, Nicola; SMITH, Blair H. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a review. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 2, p. 1-9, jan. 2016.
 28. CANEIRO, J P; ROOS, Ewa M; BARTON, Christian J; O'SULLIVAN, Kieran; KENT, Peter; LIN, Ivan; CHOONG, Peter; CROSSLEY, Kay M; HARTVIGSEN, Jan; SMITH, Anne Julia. It is time to move beyond body region silos to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. **British Journal Of Sports Medicine**, Bentley, v. 54, n. 8, p. 438-439, 11 out. 2019.
 29. FONTES, Arlete Portella; AZZI, Roberta Gurgel. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 105-114, mar. 2012.
 30. SALVETTI, MG; PIMENTA, CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 41, n. 1, p.135-14, mar. 2007.
 31. SANTOS, Carla Mayra de Jesus; FARO, André. Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 74-91, jun. 2018.

32. BAIR, Matthew J.; MATTHIAS, Marianne S.; NYLAND, Kathryn A.; HUFFMAN, Monica A.; STUBBS, Dawana L.; KROENKE, Kurt; DAMUSH, Teresa M.. Barriers and Facilitators to Chronic Pain Self-Management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. **Pain Medicine**, v. 10, n. 7, p. 1280-1290, out. 2009.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. . (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização: Acolhimento**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 28 out. 2020
35. CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, mar. 2017.
36. MAGALHÃES, Daniela Silva. **MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE UM PROGRAMA DE AUTOCUIDADO APOIADO**. 2019. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Escola de Educação Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.
37. SOUZA, J Medeiros; THOLL, Adriana Dutra; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; BOEHS, Astrid Eggert; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, Jul. 2014.

Apêndice 1

1. Qual é a sua formação acadêmica? Durante a graduação você teve contato com o tema do autocuidado apoiado ou com alguma prática?
2. Qual sua função dentro da UBS em que trabalha?
3. Como você define dor? E dor crônica?
4. Que tipo de demanda de dor você recebe com mais frequência na UBS em que você está inserida? Existe uma demanda de dor crônica musculoesquelética?
5. Como o paciente com dor crônica chega até o Fisioterapeuta da UBS? Qual é o fluxo que ele deve percorrer?
6. Quais os profissionais estão capacitados para manejar dor crônica na atenção primária?
7. Qual é a definição de autocuidado apoiado? Quem é a referência para esta definição?
8. Como você planejou a inserção desse programa de autocuidado apoiado na equipe em que trabalha?
9. Quais foram as principais dificuldades que você encontrou para implementar o autocuidado apoiado na atenção primária à saúde? E quais foram os recursos facilitadores que a UBS ou o SUS te ofereceram?
10. O que você percebe em relação aos resultados do seu trabalho? E a sua equipe?
11. O que esta experiência mudou no seu processo de trabalho como um todo?

*Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?

*Alguma pergunta que eu não te fiz que você gostaria que eu tivesse feito?