

ANNA GENY BATALHA KIPEL

**ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA NO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE DE JOINVILLE**

JOINVILLE

2019

ANNA GENY BATALHA KIPEL

ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA NO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE DE JOINVILLE

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE –, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde e Meio Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Selma Cristina Franco

JOINVILLE

2019

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

K57a Kipel, Anna Geny Batalha  
Atenção aos pacientes com dor crônica no Sistema Único de Saúde de Joinville/  
Anna Genny Batalha Kipel; orientadora Dra. Selma Cristina Franco. – Joinville:  
UNIVILLE, 2019.

266,[7] p.: il. ; 30 cm

Tese (Doutorado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de  
Joinville)

1. Dor crônica. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4.  
Cuidados primários de saúde. I. Franco, Selma Cristina (orient.). II. Título.

CDD 616.0472

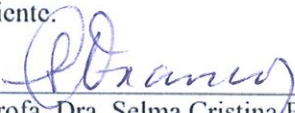
## Termo de Aprovação


### “Atenção aos Pacientes com Dor Crônica no Sistema Único de Saúde de Joinville”

por

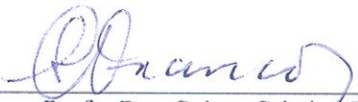
Anna Geny Batalha Kipel

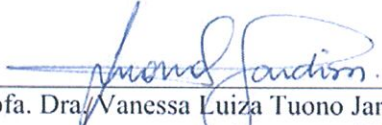
Tese julgada para a obtenção do título de Doutora em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Selma Cristina Franco  
Orientadora (UNIVILLE)

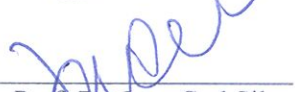
  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Henrique Condeixa de França  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

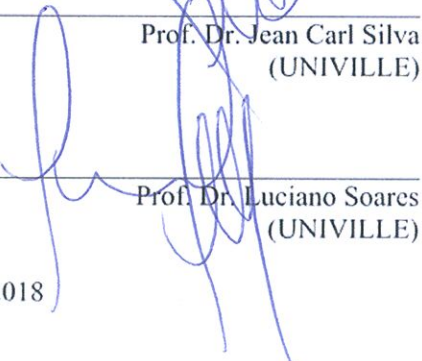
#### Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Selma Cristina Franco  
Orientadora (UNIVILLE)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Vanessa Luiza Tuono Jardim  
(IFSC)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Solange Abrocesi  
(IELUSC)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jean Carl Silva  
(UNIVILLE)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Luciano Soares  
(UNIVILLE)

Joinville, 28 de novembro de 2018

## **Agradecimentos**

À Reitoria do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia (IFSC), Departamento de Recursos Humanos do Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC - Câmpus Joinville.

Aos docentes de Enfermagem do Departamento de Serviços e Saúde do IFSC

À Reitoria da UNIVILLE, Coordenação, Professores e corpo administrativo do Programa de Doutorado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE.

Aos farmacêuticos da Farmácia Escola da UNIVILLE

À Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, nas figuras do Coordenador da Atenção Básica, gestores, médicos das Unidades Básicas e Pronto Atendimento, farmacêuticos, enfermeiros e ao PROGESUS.

À Profa. Dra. Selma Cristina Franco.

Ao Dr. Guilherme Lima.

À Patrícia e Jonatan.

A Noemy Irene Engelk

Ao Cláudio José Webber

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). A CAPES os meus agradecimentos.

## RESUMO

A dor é atualmente considerada o quinto sinal vital, dada a sua elevada prevalência em pacientes hospitalizados e ambulatoriais, vindo a tornar-se um problema de Saúde Pública mundial. Sua abordagem exige habilidades e conhecimentos específicos dos profissionais de saúde, em sua formação, principalmente em dores crônicas, as quais sofrem influências de fatores psicológicos emocionais, econômicos e sociais. O número de entidades mórbidas crônicas dolorosas cresce anualmente, como consequência, aumenta a demanda por serviços de saúde e por recursos tecnológicos. Entretanto, o tratamento inadequado da dor crônica permanece, contribuindo para sua alta prevalência. Entende-se que a abordagem aos pacientes com dor crônica deva ser multidimensional e interdisciplinar quando considerada a diversidade dos fatores envolvidos no seu controle. Diante de temática tão complexa, observa-se que na Saúde Pública, o tema “dor crônica” é ainda pouco abordado e quase inexistente nos programas de saúde pública. Neste cenário, o estudo objetiva “analisar com base na perspectiva de alguns profissionais da saúde a organização da atenção aos pacientes com dor crônica” em um município do nordeste de Santa Catarina”. Estudo de delineamento qualitativo, com aplicação de questionário para profissionais médicos clínicos gerais, de saúde da família, e farmacêuticos que atuam na rede básica de assistência do Sistema Único de Saúde e unidades de Pronto Atendimento, além de entrevistas com gestores responsáveis pela rede básica de saúde, e especialista em dor. Os métodos de Bardin e de Triangulação foram utilizados na análise qualitativa, e Qui quadrado com nível de significância de 0,5% na quantitativa. Os resultados mostram elevado desconhecimento do conceito de dor crônica (19%,  $p=0,6566$ ), dos métodos de avaliação (37,8%,  $p= 0,8229$ ) e protocolos para tratamento (72,7%  $p= 0,1034$ ) entre os médicos. A invisibilidade da dor crônica na Atenção Primária e práticas profissionais fragmentadas, pautadas no modelo biomédico de assistência foram observadas no depoimento dos gestores. Sugere-se uma mudança de paradigma nas práticas de gestão e de políticas públicas para o enfrentamento da dor crônica na rede de assistência à saúde do SUS.

**Palavras chave:** Dor crônica, Atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde, Avaliação em saúde

## ABSTRACT

Pain is currently considered the fifth vital sign, given its high prevalence in hospitalized and outpatient patients, and has become a worldwide public health problem. Their approach requires specific skills and knowledge of health professionals in their training, especially in chronic pain, which are influenced by emotional, economic and social psychological factors. The number of chronic painful morbid entities increases annually, as a consequence, the demand for health services and technological resources increases. However, the inadequate treatment of chronic pain remains, contributing to its high prevalence. It is understood that the approach to patients with chronic pain should be multidimensional and interdisciplinary when considering the diversity of the factors involved in their control. Faced with such a complex theme, it is observed that in Public Health, the theme "chronic pain" is still little approached and almost nonexistent in public health programs. In this scenario, the study aims to "analyze, based on the perspective of some health professionals, the organization of care for patients with chronic pain" in a municipality in the northeast of Santa Catarina. A qualitative and quantitative study, with questionnaire application for general medical professionals, family health professionals, and pharmacists who work in the basic care network of the Unified Health System and emergency care units, as well as interviews with managers responsible for the network basic health, and pain specialist. The Bardin and Triangulation methods were used in the qualitative analysis, and Chi-square with significance level of 0.5% in the quantitative. The results show a lack of knowledge about the concept of chronic pain (19%,  $p = 0.6566$ ), evaluation methods (37.8%,  $p = 0.8229$ ) and protocols for treatment (72.7%  $p = 0, 1034$ ) among physicians. The invisibility of chronic pain in Primary Care and fragmented professional practices, based on the biomedical care model were observed in the managers' testimony. It is suggested a paradigm shift in management practices and public policies for coping with chronic pain in the SUS health care network.

**Key words:** Chronic pain, Primary health care, Unified Health System, Health assessment

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dor Total .....	34
Figura 2 – Escala Analgésica da Oms .....	39
Figura 3 – Fluxograma do caminho metodológico do estudo .....	76
Figura 4 – Pontos críticos das RAS.....	183



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Formação especializada dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs .....	98
Gráfico 2 - Formação sobre o tema da dor crônica dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	99
Gráfico 3 - Conhecimento sobre dor crônica dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimentos 24hs .....	100
Gráfico 4 - Atendimento dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs .....	100
Gráfico 5 - Métodos utilizados para o controle da dor entre os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	102
Gráfico 6 - Manejo farmacológico da dor segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	105
Gráfico 7 - Organização do SUS segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	107
Gráfico 8 - Papel da rede básica segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	108
Gráfico 9 - Papel dos PAs segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs .....	109
Gráfico 10 - Dificuldades na rede básica segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	110
Gráfico 11 - Sugestões para organizar a rede segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	111
Gráfico 12 - Formação especializada dos farmacêuticos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs.....	113
Gráfico 13 - Fármacos mencionados destinados ao tratamento da dor crônica disponibilizados segundo os farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e dos Pronto Atendimentos 24hs .....	115
Gráfico 14 - Tipo de medicamentos e os respectivos locais de fornecimento pelo SUS aos pacientes domiciliados .....	117
Gráfico 15 - Organização das farmácias do SUS relacionada à demanda de pacientes da rede com dores crônicas .....	118
Gráfico 16 - Regulamentação na prescrição de opiáceos.....	119

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Opióides indicados para o tratamento da dor.....	42
Quadro 2 - Fatores que influenciam na escolha das vias de administração dos opióides.....	43
Quadro 3 – Relação de potencial analgésico a 10mg de morfina oral e 10mg de morfina injetável .....	46
Tabela 1 - Comparação do perfil de respondentes e não respondentes da pesquisa	97
Quadro 4 - Análise do conteúdo na perspectiva de Bardin .....	121

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção básica
AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DC	Dor Crônica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DN	Dor Neuropática
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EVA	Escala analógica visual
HMSJ	Hospital Municipal São José com
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor - <i>International Association for the Study of Pain</i>
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
iv	Intravenosa
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA 24hs	Pronto Atendimento 24 horas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCA	<i>patient-controlled analgesia</i>
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica.
PNPICS	Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade De Vida
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RPG	Reeducação postural global
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBED	Sociedade Brasileira para Estudo da Dor
Sc	via subcutânea
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF	Fator de Necrose Tumoral
TNF- $\alpha$	Fatores de Necrose Tumoral Alfa
UB	Unidade Básica
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS</b> .....	<b>9</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Definição do Problema</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Hipóteses do Estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Objetivo Geral</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3.1 Objetivos Específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Conceito de Dor</b> .....	<b>19</b>
2.1.1 Classificação da Dor.....	22
<b>2.2 Prevalência da dor: um problema de saúde pública</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3 O indivíduo e seu contexto no processo avaliativo da dor</b> .....	<b>31</b>
<b>2.4 Abordagem ao tratamento da dor crônica</b> .....	<b>36</b>
2.4.1 Estratégia terapêutica da dor crônica.....	36
2.4.2 Terapêutica medicamentosa .....	37
2.4.3 Classificação dos opiáceos na terapêutica da dor crônica .....	41
2.4.4 Métodos de administração de opióides nas dores crônicas .....	43
<b>2.5 Práticas integrativas complementares</b> .....	<b>48</b>
<b>2.6 Implicações econômicas relacionadas ao tratamento da dor crônica</b> .....	<b>51</b>
<b>2.7 Implicações legais relacionadas ao controle da dor crônica</b> .....	<b>55</b>
<b>2.8 Políticas públicas: do sistema único de saúde às redes de assistência à saúde</b> .....	<b>56</b>
2.8.1 Os modelos de atenção: denominações e conceito .....	59
2.8.2 Os modelos assistenciais e a transposição de paradigmas na saúde.....	65
2.8.3 A Interdisciplinaridade na assistência aos pacientes em dor crônica.....	68
<b>2.9 As Redes de Atenção à Saúde</b> .....	<b>69</b>
2.9.1 Atenção integral à saúde nas Redes de Atenção do Sistema Único de Saúde .....	71
<b>3 METODOLOGIA / MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>74</b>
<b>3.1 Caminho metodológico</b> .....	<b>74</b>
<b>3.2 Metodologias qualitativas em saúde</b> .....	<b>77</b>
<b>3.3 Métodos quantitativos em saúde</b> .....	<b>77</b>
<b>3.4 O Universo da pesquisa</b> .....	<b>78</b>
<b>3.5 Campo do estudo: O SUS em Joinville</b> .....	<b>79</b>
<b>3.6 Procedimentos metodológicos quantitativos</b> .....	<b>81</b>

3.6.1 Critérios de seleção dos participantes.....	81
3.6.2 Coleta de dados .....	82
3.6.3 Instrumentos de coleta de dados .....	84
3.6.4 Banco de dados e análise estatística .....	86
3.6.5 Análise dos dados .....	87
<b>3.7 Procedimentos metodológicos qualitativos .....</b>	<b>88</b>
3.7.1 Entrevista: valorização da subjetividade.....	88
3.7.2 Especialista do Ambulatório de Dor Crônica .....	89
3.7.3 Equipe gerencial da Secretaria de Saúde .....	90
3.7.4 Método para a realização da análise qualitativa.....	90
3.7.5 Trabalho de campo: Técnicas e estratégias para coleta de informações.....	92
<b>3.8 Aspectos éticos .....</b>	<b>95</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>97</b>
<b>4.1 Resultados quantitativos.....</b>	<b>97</b>
4.1.1 Médicos.....	97
4.1.2 Farmacêuticos.....	112
<b>4.2 Resultados qualitativos .....</b>	<b>120</b>
4.2.1 O paradoxo da invisibilidade da dor crônica na atenção primária e o ideário de assistência aos usuários do SUS .....	125
<b>4.3 Práticas profissionais conformadoras da assistência aos pacientes com dor crônica.....</b>	<b>146</b>
<b>4.4 A Organização das redes na assistência aos pacientes com Dor Crônica: um diálogo entre possibilidades.....</b>	<b>160</b>
4.4.1 Serviço especializado em dor crônica – clínica da dor.....	171
<b>5 INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA.....</b>	<b>177</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>186</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>188</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>225</b>
<b>APÊNDICE A – Questionários aplicados.....</b>	<b>226</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>237</b>
<b>APÊNDICE C – Consolidação dos resultados da pesquisa.....</b>	<b>239</b>
<b>APÊNDICE D – Apresentação das tabelas referentes aos testes de qui-quadrado e Spierman considerando n.127 .....</b>	<b>258</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>266</b>
<b>ANEXO 1 – Consentimentos do Conselho de Ética da Univille para a realização da pesquisa .....</b>	<b>267</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dor é considerada como o quinto sinal vital (BOTTEGA; FONTANA 2010), dada a sua elevada prevalência (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016) em pacientes hospitalizados e ambulatoriais em todo o mundo, tornando-se uma das “principais causas de sofrimento humano gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas” (BRASIL, 2002a; MARINHO, 2013), tornando-se reconhecidamente um grave problema de Saúde Pública de âmbito mundial (BRASIL, 2002a; BOTTEGA; FONTANA, 2010; ANDRADE, 2014).

Definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal dano (MERSKEY; BOGDUK, 1994; PIMENTA, 1999), a dor possui dimensões visíveis e invisíveis, e sua abordagem exige habilidades na formação dos profissionais de saúde, cuja orientação é dada pelo modelo biomédico (LIMA, TRAD, 2007). Dessa forma, é grande o desafio dos profissionais para entendê-la, amenizá-la e tratá-la adequadamente.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, a dor crônica, mal delimitada no tempo e no espaço, é a que persiste por processos patológicos crônicos, de forma contínua ou recorrente, levando a uma variedade de modificações no Sistema Nervoso Central (SNC) com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequentes (BRASIL, 2001). Segundo levantamentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a) e estudos internacionais (ELIOT et al., 1999; BLYTH et al., 2001), o número de entidades mórbidas crônicas dolorosas cresce anualmente e, conseqüentemente, aumenta a demanda por serviços de saúde e por recursos tecnológicos visando atenuar a incapacidade e o sofrimento dos pacientes portadores de dor crônica.

Desde a década de 80, especialistas no alívio da dor do câncer e cuidados paliativos em vários países empreendem esforços buscando normatizar e melhorar o tratamento, sendo que no início da década de noventa, o Comitê de Estudos da Dor da Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs alguns métodos para o alívio dos processos dolorosos crônicos, tendo como base um número pequeno de drogas relativamente baratas, entre elas alguns opiáceos (MARTELETE, 1992; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2015a). No Brasil, o Ministério da Saúde juntamente com o Instituto

Nacional do Câncer (INCA) publicaram diretrizes para o alívio da dor em pacientes portadores de câncer (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2015a).

Os estudos divulgados na comunidade acadêmica nacional e internacional e os métodos sugeridos pela OMS trouxeram melhorias no tratamento da dor na década de noventa (MARTELETE, 1992; BRASIL, 1997a; KURITA, PIMENTA, 2003). No entanto, o manejo inadequado da dor permanece, contribuindo para sua alta prevalência em âmbito mundial (MARKS, SACHAR, 1973; JORANSON, 1994; DAUDT et al., 1998; KIPEL, 2004; SANTOS et al., 2015; POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016) e também em nosso país, já que, até o presente momento não é possível observar-se o impacto desses estudos, especialmente em pacientes tratados ambulatorialmente, tendo em vista a baixa resolutividade do controle da dor crônica em pacientes acompanhados pela rede básica de saúde (RANGEL; TELLES, 2012).

Embora alguns autores afirmem que os analgésicos sejam a chave para o alívio da dor (FAULL et al., 1998; VARGAS-SCHAFFER, 2010), entende-se que a abordagem aos pacientes em tratamento de dor crônica, não pode ficar restrita ao uso de medicamentos, devendo ser mais abrangente, holística e interdisciplinar (SANTOS, GIACOMIN, FIRMO, 2015). Faull et al. (1998) preconizam, além da terapia medicamentosa, uma abordagem holística na assistência e enfatizam a importância dos aspectos psicológicos, das reações emocionais dos doentes e de seus familiares diante do diagnóstico e consequências da dor crônica. Para os autores, o sucesso no tratamento requer uma abordagem cuidadosa e de natureza multidimensional, o que exige dos profissionais envolvidos habilidades de comunicação (FAULL et al., 1998; SANTOS, GIACOMIN, FIRMO, 2015).

O suporte à família também é fundamental. Segundo Delalibera et al. (2015) e Librack (1998), a família frequentemente experimenta e descreve o sentimento de abandono e desamparo ao ver alguém em sofrimento, ou a percepção do suporte social falho e o impacto de mudanças na condição financeira. Algumas pessoas veem a dor como uma punição por atitudes erradas no passado e, portanto, inevitável. Outras, vezes, a dor para elas representa o desenvolvimento de uma doença que preferem negar, ou ainda, por acreditarem que a dor seja um sinal da proximidade da morte (STÜBE et al., 2015; DUNLOP, 1998; FAULL et al., 1998). Crenças religiosas e culturais são determinantes na percepção do paciente e de sua



família. Experiências anteriores relacionadas à morte de amigos ou parentes com doenças dolorosas, especialmente o câncer, são relevantes para a assistência apropriada. Elas se fundamentam no manejo da dor. O uso de morfina no tratamento medicamentoso também reforça a ideia de que o paciente está se encaminhando para a morte iminente (DUNLOP, 1998). Essas preocupações ou medos, se não forem abordados e abertos à discussão, farão com que o uso do medicamento seja recusado e o tratamento da dor realizar-se-á de forma ineficaz.

Diante de temática tão complexa, observa-se que na área da Saúde Pública, o tema da dor é ainda pouco abordado. Observa-se a ausência deste tema em programas de saúde pública. Atualmente o tratamento está sendo lentamente introduzido nas capacitações de profissionais da Saúde da Família, mas ainda ténue e pouco resolutivo. Da mesma forma sugere-se nas escolas uma formação deficiente com relação à avaliação e tratamento da dor, o que leva ao despreparo dos profissionais de saúde, especialmente os que atuam em nível ambulatorial (RUVIARO; FILIPPIN, 2012; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015). Assim, o manuseio da dor fica restrito às especialidades médicas, aos hospitais e centros especializados e sua abordagem centrada no profissional médico com enfoque no uso de medicamentos. O possível desconhecimento dos profissionais e a ausência de protocolos para o manuseio de pacientes ambulatoriais portadores de dores crônicas gera insegurança e perpetua um ciclo de capacitação inadequada dos profissionais e tratamento inadequado de pacientes no âmbito da rede assistencial pública (RUVIARO; FILIPPIN, 2012; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015; KIPEL, 2002; MARTELETE, 1992).

Neste cenário, torna-se premente para os profissionais de saúde a compreensão de que a qualidade na assistência ao paciente com dor crônica requer um trabalho multiprofissional com ações interdisciplinares, ampliando a abordagem centrada no manejo medicamentoso dos processos dolorosos e incorporando outras práticas de eficácia reconhecida, tais como as Práticas Integrativas Complementares: a acupuntura, fisioterapia, hipnose e outras (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017a) que tragam benefícios sobretudo para a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (BRASIL et al. 2008; BATISTAL, VASCONCELOS, 2011).

No contexto do SUS, a organização da atenção à saúde tem como porta de entrada a atenção primária, considerada ordenadora do cuidado em um território definido sobre o qual possui responsabilidade sanitária, devendo acolher as necessidades de saúde e ofertar assistência de forma humanizada, com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2012b). Na atualidade, a principal estratégia para efetivar esta proposta é a Saúde da Família, que se organiza sobre uma base territorial e possui cerca de 1.000 famílias adscritas a uma equipe de saúde. É, portanto, neste cenário que as pessoas portadoras de dores crônicas precisam ser acolhidas e receberem atenção compatível com o nível de complexidade preconizado para a atenção primária, pautada pelo princípio da humanização e com uma abordagem integral e não medicalizada de seu sofrimento.

Para que os cuidados aos pacientes portadores de dor crônica sejam contínuos, integrais e haja garantia de acesso aos demais níveis de complexidade do SUS é necessário a organização das redes de atenção à saúde. Desde 2010, o Ministério da Saúde vem trabalhando para a organização das redes que cujo objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010). Nesse sentido, deve haver articulação entre a atenção primária, a atenção domiciliar, os centros especializados em tratamento de dor e os hospitais.

A organização da atenção aos pacientes portadores de dor crônica irá necessitar de uma rede assistencial organizada com responsabilidades claras em cada ponto de atenção. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde em todos os níveis assistenciais conheçam seu papel e estejam habilitados para reconhecer este sintoma e avaliá-lo por meio de métodos estabelecidos e validados.

Concluindo, é no âmbito do SUS que este trabalho foi desenvolvido com a finalidade de colocar em discussão um tema relevante, atual e, ao mesmo tempo, escassamente abordado nas práticas assistenciais cotidianas.

## **1.1 Definição do Problema**

O problema central deste estudo consiste em saber como se organiza a atenção aos pacientes com dor crônica no âmbito do SUS, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e gestores do SUS municipal.

## **1.2 Hipóteses do Estudo**

a) Os profissionais médicos e farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde não conhecem o conceito de dor crônica e não sabem tratá-la adequadamente;

b) A atenção à saúde não está organizada para assistir os pacientes com dor crônica considerando os princípios do SUS.

## **1.3 Objetivo Geral**

Analisar com base na perspectiva dos profissionais de saúde, a organização da atenção aos pacientes com dor crônica.

### **1.3.1 Objetivos Específicos**

a) Verificar o conhecimento dos profissionais médicos e farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde e nos PAs 24horas sobre o conceito de dor crônica;

b) Verificar o conhecimento dos profissionais médicos e farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde e nos PAs 24horas sobre os métodos para avaliar a dor crônica e o seu controle;

c) Conhecer a visão dos gestores da atenção básica no município sobre a organização da atenção aos pacientes em dor crônica.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tema dor crônica no contexto da saúde pública é desafiador considerando a sua complexidade e o campo da política de saúde vigente em nosso país no qual ele se insere.

A abordagem biomédica, nesta revisão, aborda o quadro atual da assistência, ao reconhecermos que a dor crônica está fortemente presente na saúde pública e, portanto, passível de ser abordada não somente nas especialidades, mas também no contexto interdisciplinar, na Atenção Primária e nas Redes de Atenção à Saúde.

Entende-se que tanto a visão biomédica quanto a interdisciplinar estão presentes na atenção à saúde concebida na saúde pública atual e retratam o modelo de saúde atualmente vigente em nosso país.

### 2.1 Conceito de Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain-IASP*) e a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), definem dor como sendo “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (LOESER; TREEDE, 2008; BRASIL, 2015a; KRAUS, 2017). A literatura especializada classifica a dor em aguda e crônica, de acordo com o tempo de sua duração e o potencial de dano no organismo, sendo a dor aguda estabelecida com a duração inferior a 30 dias e a crônica com a duração superior a esse período (LOESER; TREEDE, 2008; BRASIL, 2015a; KRAUS, 2017). A dor aguda e crônica são definidas como sendo uma sensação e experiência emocional desagradável associada à lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos desta lesão:

- a) que persiste depois do tempo esperado para cura ou cicatrização (normalmente acima de 3 meses, mas há controvérsias) (SBED-IASP, 2017);
- b) que persiste por mais de 6 meses após lesão e por tempo maior que o usual para a recuperação deste tipo de lesão, a dor continua na presença ou ausência de patologia demonstrável (MONTINI; NEMAN, 2012; ANDRADE, 2014);

- c) que não responde aos tratamentos usuais para a dor (SBED-IASP, 2017; ANDRADE, 2014; ASHMAWI, 2018).

Como se pode notar, segundo a literatura especializada, até o momento da realização da coleta de dados, há controvérsias a respeito do tempo exato para que a dor seja considerada crônica, 30 dias, 3 meses ou 6 meses na maioria das publicações (ANDRADE, 2014; BRASIL, 2015a; DELLAROZA et al., 2008).

Por outro lado, há uma concordância entre os autores de que a dor crônica não é o simples prolongamento da dor aguda, mas baseia-se no conhecimento já estabelecido de que as estimulações nociceptivas repetidas provocam diversas modificações no SNC. Dessa forma:

Mal delimitada no tempo e no espaço, é a [dor] que persiste por processos patológicos crônicos, de forma contínua ou recorrente. Sem respostas neurovegetativas associadas e com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequentes (BRASIL, 2001).

Estas definições inserem a dor em um universo complexo que abrange dimensões sensoriais e emocionais. O componente sensorial (nocicepção) é estabelecido mediante o estímulo das fibras aferentes primárias responsáveis pela condução do impulso ao sistema nervoso central (SNC). O componente emocional abrange as expectativas, experiências anteriores dos indivíduos, sua cultura e valores, revelando a natureza subjetiva da sensação (RUSSO; BROSE, 1998; KRAUS, 2017). O termo nocicepção deriva do latim noci que significa dano ou lesão e é frequentemente empregado ao retratar os mecanismos de transdução, transmissão e percepção dos sinais neurais originados em decorrência de um estímulo nociceptivo (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; KRAUS, 2017). A sensação dolorosa se manifesta por meio das fibras aferentes primárias específicas, quando ocorre a transferência de um estímulo físico ou químico, na forma de impulsos elétricos (transdução) em terminais nervosos específicos, denominados nociceptores (PISERA, 2005 apud KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; KRAUS, 2017). Estes representam as extremidades dos neurônios sensoriais os quais têm a função de proteger o equilíbrio do tecido e indicar uma lesão real ou potencial (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; KRAUS, 2017). Os neurônios sensoriais são categorizados de acordo com seu diâmetro, seu grau de mielinização e sua velocidade de condução:

- a) As fibras calibrosas mielinizadas e de rápida condução (A $\alpha$ /A $\beta$  diâmetro  $\geq$  10  $\mu$ m, velocidade 30-100 m/s). Em geral, na ausência de lesão essas fibras são responsáveis por transmitir informações como tato, pressão e vibração;
- b) As fibras mielinizadas de diâmetro (2 a 6  $\mu$ m) tem velocidade de condução intermediárias e são responsáveis pela modulação da dor em sua fase inicial (A $\delta$  mielinizadas, diâmetro 2 a 6  $\mu$ m, velocidade 1,2-30 m/s), essas fibras tem uma função importantes na primeira fase da dor;
- c) As Fibras C não são mielinizadas, possuem menores diâmetros e velocidade de condução lenta (diâmetro 0,4 a 1,2  $\mu$ m, velocidade 0,5-2 m/s). São responsáveis pela “segunda dor ou dor difusa, de queimação persistente” (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; KRAUS, 2017).

A percepção da dor cumpre funções fisiológicas e adaptativa essenciais em indivíduos saudáveis, quando alerta para lesões reais ou iminentes e envia respostas protetoras adequadas (WOOLF; SALTER, 2000; JULIUS; BASBAUM, 2001; KRAUS, 2017). Muitas vezes a sensação dolorosa persiste à sua utilidade como um mecanismo de alerta, tornando-se crônica e debilitante. O caminho de cronificação envolve alterações na medula espinhal, no cérebro e nos mecanismos de modulação, nos quais as mensagens de dor são iniciadas: nos neurônios sensoriais primários (MELZACK, 2001; KRAUS, 2017). Tentativas de compreender as estruturas neurais e os mecanismos que detectam os estímulos dolorosos de natureza térmica, mecânica e química revelaram novos caminhos que possibilitaram avanços na compreensão dos eventos dolorosos agudos à sua cronificação (WOOLF; SALTER, 2000; KRAUS, 2017). A dor é heterogênea e inclui três categorias : dor fisiológica, inflamatória e neuropática. Em suas especificidades, os múltiplos mecanismos colaboram para que ocorram mudanças na função dos neurônios sensoriais primários e do corno dorsal, levando à patogênese da dor (WOOLF; SALTER, 2000; MELZACK, 2001; KRAUS, 2017).

### 2.1.1 Classificação da Dor

Além do tempo e do potencial de dano, a dor também é classificada acordo com o mecanismo fisiológico envolvido em sua manifestação, sendo denominada de dor nociceptiva, neuropática e psicogênica.

- a) A Dor nociceptiva tem origem quando os nociceptores que respondem a estímulos mecânicos, térmicos e/ou químicos são ativados em decorrência de uma lesão tecidual, um processo inflamatório, ação do sistema imunológico a um agente externo ao organismo ou quando o organismo não reconhece sua própria estrutura dando origem a processos autoimunes (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; KRAUS, 2017).
- b) A dor neuropática ou neurogênica ocorre por consequência de uma lesão no nervo ou afecção das inervações em nível periférico ou central, podendo se apresentar de forma aguda ou crônica (LOESER; TREEDE, 2008; KRAUS, 2017).
- c) A dor psicogênica ocorre na presença de fatores psicológicos na gênese do processo doloroso (FÜRST, 1999; MERSKEY, 1986 apud KRAUS, 2017).

A dor de predominância nociceptiva, decorre de uma lesão inicial de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares (BENNETT et al., 2006; BRASIL, 2015a); a dor neuropática apresenta-se após lesão ou disfunção do sistema nervoso, e como consequência do estímulo anormal da via da dor nociceptiva (MERSKEY; BOGDUK, 1994; SCHESTATSKY; NASCIMENTO, 2009; BRASIL, 2015a), e a mais frequente, a associação de âmbos os tipos, comumente encontrada na dor maligna ou oncológica (MERSKEY; BOGDUK, 1994; SCHESTATSKY; NASCIMENTO, 2009; BENNETT et al., 2006; BRASIL, 2015a).

Atualmente, o consenso dos especialistas da dor sugere que a sensação dolorosa é um mecanismo de defesa do organismo que pode se transformar em uma das principais causas de sofrimento humano. Quando aguda, a sensação dolorosa é um importante e apropriado sistema que avisa algum sinal de perigo a um indivíduo, mas, ao persistir pode tornar-se crônica, não servindo mais a nenhuma função potencialmente benéfica (BADIOLA, 2016).

A fisiopatologia por trás dessa transição está sob investigação e avanços significativos na compreensão sobre o papel que a dor aguda desempenha no desenvolvimento da dor crônica têm sido feitos ao longo dos últimos 20 anos. Apesar de toda a dor crônica ter sido em algum momento aguda, é difícil em muitas condições identificar precisamente o momento exato em que a dor crônica iniciou. No entanto, a dor crônica após a cirurgia pode servir como base para o estudo dos mecanismos e fatores de risco da transição para dor crônica porque o momento preciso da lesão pode ser identificado. Estudos recentes foram realizados na tentativa de elucidar os mecanismos de transição da dor aguda para a crônica em nível celular e molecular. No entanto, os mecanismos envolvendo esse processo ainda não foram totalmente compreendidos. O consenso científico é que nessa transição pode haver mudanças anormais exercendo um papel importante nos processos nociceptivos, especialmente aqueles relacionados à continuidade da sensibilização após o trauma tissular. Nesses casos, a sensibilização central é um prolongado aumento na excitabilidade e eficácia das sinapses dos nervos envolvidos influenciando os padrões nociceptivos centrais. A sensibilização ocorre no sistema nervoso periférico como também no sistema nervoso central (SNC), apresentando alterações nos neurônios e nas células de suporte como as células gliais e imunes. Inicialmente a lesão apresenta-se nas estruturas periféricas onde ocorre a incisão, evoluindo o quadro para lesões primárias hiperálgicas. Resultante desta lesão inicial, são acionados nas diversas vias intracelulares, alguns mediadores inflamatórios que exercem ação sobre os nociceptores terminais, e exercendo ação no limiar de excitação e na cinética dos nociceptores (BADIOLA, 2016; MIFFLIN; KERR, 2014). O sistema imunológico pode estar envolvido, por meio de neutrófilos e macrófagos destinados a agirem no local da lesão tecidual. Estas células imunitárias libertam interleucina e fator de necrose tumoral (TNF)- $\alpha$ . A existência do TNF- $\alpha$  pode aumentar a liberação de metaloproteinases (SHUBAYEV et al., 2006; BADIOLA, 2016), conduzindo à ruptura da barreira nervosa do sangue, permitindo aos macrófagos o acesso ao gânglio da raiz dorsal. Estas alterações são importantes para o desenvolvimento da sensibilização, a qual apresenta-se a nível central como hiperalgesia, hipersensibilidade à dor, alodinia tátil (WOOLF, 2011; BADIOLA, 2016). Neste processo, o corno dorsal produz um aumento na extensão espacial dos



campos receptores cutâneos dos neurônios do corno dorsal, amplificando a resposta ao estímulo excitatório inicial.

## **2.2 Prevalência da dor: um problema de saúde pública**

Nos últimos 30 anos, a prevalência de dor e mais especificamente as síndromes dolorosas crônicas tornaram-se objeto de atenção e estudos na comunidade acadêmica em países do hemisfério norte. Na década de 90, os índices apontavam a ocorrência de dor crônica anualmente em 25 a 30% da população dos Estados Unidos e de outros países industrializados (BONICA, 1990). Ferrell e Griffith (1994) estimaram que aproximadamente 70% dos pacientes oncológicos sofreram dor incontrolada. A prevalência da dor cresce com o avanço da doença (FOLEY citado por MARTELETE, 1992, p.1; DAUT; CLEELAND, 1982). Aproximadamente 15% dos pacientes com câncer em estágios iniciais da doença apresentaram dor; um terço dos adultos e crianças com metástases relataram dor numa intensidade que interferiu nas atividades diárias (FOLEY, 1985, p. 85-95). Cerca de 25% de todos os pacientes oncológicos foram a óbito sem obter alívio para a dor severa (DAUT; CLEELAND, 1982, p.1913-1918; FOLEY, 1985, p.85-95).

A incidência de dor crônica também mereceu atenção em faixa etária mais elevada. Lamberg (1998, p.1315-1316) relata que a Sociedade Americana de Geriatria estimou que cerca de 25% a 50% dos idosos referiram dor. Entre os residentes em asilos, a incidência de dores significativas não tratadas adequadamente ocorreu em 40% a 80%. Entre os idosos portadores de câncer, internados em casas de saúde, 40% deles queixaram-se diariamente de dor e cerca de 25% não receberam analgésico algum.

Seja qual for sua etiologia, a dor é a causa mais frequente de sofrimento e de incapacidades que repercute na esfera psicossocial e econômica, comprometendo a qualidade de vida (QV) (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012) de milhões de pessoas anualmente em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública de abrangência mundial (BOTTEGA; FONTANA, 2010; ANDRADE, 2014; SANTOS et al., 2015). Os processos dolorosos crônicos em 2011 acometeram aproximadamente 100 milhões de pessoas no mundo (CUNHA; MAYRINK, 2011).

Ela deve ser considerada como uma doença que ocasiona sérios prejuízos tanto pessoais quanto socioeconômicos (VON KORFF; DWORKIN; RESCHE, 1990; FIGUEIRÓ; ANGELOTTI; PIMENTA, 2006; MIRANDA et al., 2012).

A dor crônica não tem utilidade biológica e está presente em inúmeras morbidades numa dimensão silenciosa que acomete um entre cinco adultos. Ela tende a aumentar com a idade; apresenta maior prevalência nas mulheres, em situações laborais extenuantes e numa população com menores níveis de escolaridade (MENDEZ et al., 2017; SIQUEIRA, 2014; CABRAL et al., 2014; SÁ et al., 2008; SANTOS et al., 2015).

Santos et al. (2015) relata que estudos internacionais apresentam uma variação dos índices de prevalência internacional entre 28,9 e 59,3% e no Brasil entre 29,7 e 62,2% (SANTOS et al., 2015). Estima-se que a média da incidência de dor crônica (DC) no mundo aproxime-se de 35%. Em países desenvolvidos como Canadá, Holanda, Austrália e Japão os índices de DC encontram-se em 20%, nos países latinos elevam-se para 40% (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016).

A Holanda registrou na Atenção Básica 9135 novos casos de Dor Neuropática (DN) (8,2 por 1000 pacientes/ano) entre 1996 e 2003, sendo a mononeuropatia e a síndrome do túnel os mais frequentes (4,3 e 2,3 casos por 1000 pacientes/ano), seguida da neuropatia periférica diabética e neuralgia pós-herpética (0,72 e 0,42 por 1000 pacientes/ano) respectivamente (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016; DIELEMAN et al., 2008).

No Reino Unido, entre 1992 e 2002, a incidência de neuralgia pós-herpética ocorreu em 40 casos por 100.000 pessoas/ano, 26 a 27 casos por 100.000 pessoas/ano para neuralgia trigeminal, e 15 a 16 casos por 100.000 pessoas/ano na neuropatia diabética dolorosa, esta com taxas crescentes (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016; HALL et al., 2006).

Goldberg e McGee estimam que a prevalência de dor crônica (DC) varia de 12 a 30% em nível mundial (GOLDBERG; MCGEE, 2011); 14% da DC está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético (CUNHA; MAYRINK, 2011). A prevalência da dor lombar ocorre em 11,9% da população mundial gerando alta demanda nos serviços de saúde. Ela pode se manifestar em até 65% das pessoas; e em 84% da população em algum período de suas vidas. Entretanto, estes índices podem estar subestimados, ao se considerar que menos de 60% dos

portadores de dor lombar buscam tratamento (WALKER, 2000; FERREIRA et al., 2010; NASCIMENTO; COSTA, 2015).

Em pacientes oncológicos, a dor é relatada por 60% deles (SHVARTZMAN et al., 2003; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015) com prevalência crescente conforme a doença avança (FERREIRA; CAVENAGHI; MARINO, 2010; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015). Estimou-se que aproximadamente 80% dos pacientes com dor oncológica irruptiva chegariam ao final da vida com dor incontrolada em 2015 (SIMÕES, 2011).

Estudos documentam a prevalência de dor crônica na população adulta entre 2 e 55% (WONG; FIELDING, 2011). Entre os países europeus os índices de prevalência de DC segundo literatura variaram entre 20,2% e 48% ao longo de duas décadas em distintos países de acordo com a época que fora realizada a pesquisa, os tipos de dores, etiologia e as especificidades de cada população. A Espanha apresentou 23,4% (CATALÀ et al., 2002; ASHMAWI, 2017) no Reino Unido 48% (TORRANCE et al., 2006; ASHMAWI, 2017), Noruega 24,4% (RUSTØEN et al., 2004; ASHMAWI, 2017), Dinamarca 20,2% (BOUHASSIRA et al., 2008; ASHMAWI, 2017), França 31,7% (BREIVIK et al., 2006, ASHMAWI, 2017) e Suécia 46% (JAKOBSSON, 2010; ASHMAWI, 2017). Em Portugal, o número de pessoas com dores crônicas aproximou-se aos nove milhões, e 80% deles sentiriam níveis moderados a intensos de dor (SIMÕES, 2011). Silva e Dixe (2013) apontam índices de 36,7%, sendo que 35% da população com dor referiu ser intensa.

Em clínicas de reumatologia nos países europeus, 46% dos pacientes apresentaram dor generalizada e 32% dor generalizada e fadiga associada. Os índices mais baixos foram encontrados na Itália, 31% e 21%, respectivamente. Os índices mais elevados de 57% foram encontrados em Portugal para dor generalizada, 38% de dor generalizada com fadiga associada; e 14% de novos casos confirmados (BRANCO et al. 2010).

Na França, evidencia-se a prevalência de dor neuropática (DN) de 6,9% fortemente associada com a meia-idade, profissões manuais e residentes em áreas rurais (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016; BOUHASSIRA et al., 2008).

Na Áustria, a prevalência de DN ocorre em 3,3% da população (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016; GUSTORFF et al., 2008).

Na Ásia, os índices de prevalência de DC encontraram-se em 46%, sendo 35% em Hong Kong (WONG; FIELDING, 2011; ASHMAWI, 2017), 42% em Taiwan (YU et al., 2006; ASHMAWI, 2017), 50% no Nepal (BHATTARAI et al., 2007; ASHMAWI, 2017) e 46% em Israel (NEVILLE et al., 2008; ASHMAWI, 2017).

Em pacientes europeus portadores de câncer, 56% sofreram dor moderada a grave pelo menos mensalmente, e 63% apresentaram dor irruptiva, 69% relataram dificuldades com atividades cotidianas; no entanto, 50% acreditavam que sua qualidade de vida não era considerada uma prioridade pelo profissional de saúde (BREIVIK et al., 2009).

Em uma população chinesa, 34,9% relata dor com duração superior a 3 meses, 35,2% em múltiplos locais como membros inferiores, costas e cabeça. Estavam presentes maiores níveis de ansiedade, baixa qualidade de vida e baixa auto-percepção da saúde associada à dor crônica (WONG; FIELDING, 2011).

Na América do Norte, estima-se que 116 milhões de americanos sentem dor que persiste de semanas a anos (MANCHIKANTI et al., 2012). Os índices norte-americanos sugerem que 31% da população apresenta DC, ocasionando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos (KRELING; DA CRUZ; PIMENTA, 2006; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015). A prevalência em adultos (definida como dor crônica, recorrente ou duradoura com duração de pelo menos 6 meses) ocorreu em 30,7%, com maior prevalência para o sexo feminino (34,3%) e com o aumento da idade da população (JOHANNES et al., 2010). As dores crônicas primárias lombar e osteoartrite apresentaram índices de 8,1% e 3,9% respectivamente. 50% dos entrevistados referiram sentir dor diariamente, e após três meses de duração, 32% a referiu severa de nível sete na escala unidimensional. A maior prevalência entre adultos está relacionada a piores condições socioeconômicas (JOHANNES et al., 2010). Entre idosos a prevalência é mais elevada, variando entre 25% e 80%; aqueles que residem na comunidade, os índices de prevalência chegam a 52%, entre os residentes em clínicas de longa permanência, 45 a 80% deles são acometidos de dor moderada ou forte de várias etiologias (ASHMAWI, 2015).

No Canadá, evidencia-se nos entrevistados a prevalência de 29% para dores não malignas, com maior frequência em mulheres e idosos. A duração média da dor foi de 10,7 anos e a média da dor com níveis de 6,3 na escala unidimensional

numérica. 80% referiram níveis de dor moderados ou graves (MOULIN et al., 2002; JOHANNES et al., 2010; ASHMAWI, 2017).

Índices inferiores foram apresentados no Sul da Austrália aproximando-se de 17,9% (CURROW et al., 2010); na Nigéria (continente africano) 16,4% (GUREJE et al., 2008; ASHMAWI, 2017).

Na América do Sul, a prevalência das dores crônicas na Colômbia aproxima-se de 31% (CABEZAS et al., 2009 apud ASHMAWI, 2017).

O Brasil iniciou sua caminhada no tema da dor há aproximadamente duas décadas. O exíguo interesse sobre esse tema nas áreas da Psiquiatria, Psicologia e Enfermagem é expresso pelo pequeno número de publicações entre os profissionais de saúde a respeito do processo avaliativo da dor e o seu controle, tornando a abordagem insatisfatória, e tratada como aspecto secundário da doença em desacordo com as necessidades do paciente (FIGUEIRÓ; ANGELOTTI; PIMENTA, 2006; KRAYCHETE, 2016, GARCIA et al., 2017).

Com relação a dados epidemiológicos nacionais, alguns autores indicam que no Brasil, não foram encontrados estudos que possibilitem obter com clareza a prevalência das dores crônicas em âmbito nacional (NASCIMENTO; COSTA, 2015; MENDEZ et al., 2017; SIQUEIRA, 2014). Estudos desenvolvidos em algumas capitais possivelmente reflitam a ocorrência dos casos dolorosos crônicos em suas particularidades. Entretanto, estima-se que em geral, a média da população brasileira que se queixa ou sofre de dor, encontra-se entre 30% e 40%. Estes índices assemelham-se aos países desenvolvidos (MENDEZ et al., 2017; SIQUEIRA, 2014; CABRAL et al., 2014; BOTTEGA; FONTANA, 2010; SÁ et al., 2008; BRASIL, 2002a).

Contribuições de Posso, Palmeira e Vieira (2016), Dias et al. (2009) e Sá et al., (2009) relatam que no Brasil, a dor crônica acomete entre 28 e 41% da população. Paulo Renato Barreiros Fonseca, em pesquisa apresentada no 4º Congresso da Sociedade Brasileira de Médicos Intervencionistas em Dor, relata que aproximadamente 37% da população entrevistada em idade laboral produtiva, apresenta dor, com maior incidência nas lombalgias, dores de cabeça e dores relacionadas ao câncer. Na região norte, estima-se que sua incidência ocorra em aproximadamente 36% da população, 28% na região nordeste e 38% no sudeste, com níveis mensuráveis de dor entre 6 e 7 da escala unidimensional (SBED, 2017).

Em uma unidade básica de Santa Maria no Rio Grande do Sul, a prevalência de dor crônica ocorreu em 37,8% da população pesquisada e a intensidade desta dor na escala analógica visual (EVA) apresentou uma média de 7,38 (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Aproximadamente 50% dos pacientes internados com câncer relatam dor, sendo que 81% deles referem dor em duas ou mais localidades com prevalência de 19% de dor neuropática (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016). Estima-se que cerca de um terço dos pacientes curados apresentarão dor crônica (SIQUEIRA, 2014), sendo as principais manifestações decorrentes de traumatismos e vasculopatias entre outros. Em relação à localização mais comum, estudo mostra ser no abdômen (25,2%) e nos membros inferiores (23,4%) (BARRETO et al., 2012).

Evidencia-se a prevalência de dores crônicas em indivíduos adultos nas cidades de São Luís no Maranhão (42%), sendo 10% neuropática (ASHMAWI, 2015; POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016). Alguns estudos admitem que o componente neuropático possa estar presente em 35% de todas as síndromes dolorosas (VAN HECKE, 2014). Com relação à etiologia da dor, o estudo mostrou 34% com distúrbios da coluna, 22% com artrite reumatoide, 18% com osteoporose, 14% com artrose e 12% com tendinopatias (CUNHA; MAYRINK, 2011). Em diferentes regiões do Brasil foram realizados estudos que mostram índices variados de dores crônicas, em diversos tipos de manifestação. Em Salvador estimou-se a prevalência de dor crônica na população local em 41,4% (SÁ et al., 2008); no Rio Grande do Sul, município de Pelotas, as dores lombares ocorreram em 4,2% da população estudada (SILVA; FASSA; VALLE et al., 2004); na cidade de Rio Grande (RS) 55,4% da população adulta apresentou cefaleias, 35% dores articulares e 35,1% em tórax posterior (MENDOZA-SASSI et al., 2006) e Londrina em 51,4 % dos idosos (DELLAROZA et al., 2008).

As queixas de dores crônicas de coluna e em geral são comumente relatadas pela população adulta, sendo causa de incapacidade física, limitação funcional, absenteísmo no trabalho (MALTA et al., 2017), licenças médicas, baixa produtividade, indenizações trabalhistas e aposentadorias por invalidez (SALOME, FERREIRA, 2017; BOTTEGA; FONTANA, 2010; BRASIL, 2002a).

Em torno de 85% da população apresentará algum evento de dor no dorso as costas ao longo da vida em decorrência de disfunções anatomofisiológicas as quais

estão associadas a fatores sociodemográficos e fatores de risco (MALTA et al., 2017) tais como, baixa renda, baixa escolaridade, alcoolismo, alterações da saúde mental e gênero feminino, destacando-se os problemas socioeconômicos. Ressalta-se ainda que embora as pessoas estejam em tratamento medicamentoso, apresentam-se descontentes com os resultados (SIQUEIRA, 2013).

Estudos nacionais e internacionais sugerem que aproximadamente 80% dos pacientes procuram os serviços de saúde motivados pela dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010), tornando-se o principal motivo das internações hospitalares (RUVIARO; FILIPPIN, 2012; NASCIMENTO, KRELLING, 2011; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015). Entre os pacientes internados, a dor pós-operatória de intensidade moderada a intensa manifesta-se em 38,9% deles (GAUDARD, SACONATO, 2012; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015). Entre 10 e 50% dos pacientes desenvolvem dor persistente e de 2 a 20% deles a dor evolui para a cronificação (SIQUEIRA, 2014). A incidência de dor após amputação varia de 30 a 80%; de 11,5 a 47% após toracotomia e hérnia inguinal; 3 a 56% nas colecistectomias e até 50% nas cirurgias de mama. Os índices são notoriamente variáveis. Entre 5 e 80% dos pacientes desenvolvem dor crônica (DC) relacionada ao ato cirúrgico, principalmente o que envolve lesão do nervo (SADATSUNE et al., 2011; KIPEL; FRANCO; MULLER, 2015).

Os estudos mostram os elevados índices de dores crônicas de diversas etiologias em âmbito mundial. Uma miríade de causas são apontadas, no entanto, as dores articulares, no sistema musculoesquelético (CUNHA; MAYRINK, 2011), cefaléias, dores reumáticas e dores malignas foram as mais relatadas. A cronificação da dor pós-operatória tem sido objeto de atenção da comunidade científica nos últimos anos, e juntamente com as demais dores crônicas se avolumam, incapacitam (MALTA et al., 2017; SALOME, FERREIRA, 2017; BOTTEGA; FONTANA, 2010; BRASIL, 2002a), e constituem um problema para a saúde pública.

Embora a dor seja considerada como sintoma de algum problema de saúde, ou consequência de algum procedimento, sua cronificação requer cuidados específicos e deve ser considerada uma doença, havendo a necessidade de tratá-la específica e adequadamente para reduzir ou evitar incapacidades (SBED, 2017).

### 2.3 O indivíduo e seu contexto no processo avaliativo da dor

A avaliação da dor vem sendo discutida e divulgada desde a década de 90 por estudiosos do tema, os quais discorrem sobre os fundamentos do processo avaliativo e de sua importância na condução de um tratamento seguro, adequado, humanizado e eficaz (BRASIL, 2002a; BOTTEGA, FONTANA, 2010; SERRIE et al. 2014; DESANTANA, et al. 2017).

Dor é uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos e por meio dela a maioria das afecções se manifesta. Ela é descrita como uma desagradável experiência sensorial e emocional, somente identificada e quantificada pela pessoa que a sente, tornando-se essencialmente subjetiva (FORTUNATO et al., 2013).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) definem dor crônica como sendo uma:

Sensação e experiência emocional desagradável associada à lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos desta lesão....  
(...) que persiste depois do tempo esperado para cura ou cicatrização (normalmente 3 meses);  
(...) que persiste por mais de 6 meses após lesão e por tempo maior que o usual para a recuperação deste tipo de lesão, a dor continua na presença ou ausência de patologia demonstrável;  
(...) que não responde aos tratamentos usuais para a dor (ASHMAWI, 2018; SBED, s/d).

Como se pode notar, segundo a literatura especializada, até o presente momento há controvérsias a respeito do tempo exato para que a dor seja considerada crônica, 30 dias, 3 meses ou 6 meses na maioria das publicações (BRASIL, 2015a; DELLAROZA et al., 2008).

Por outro lado, há uma concordância entre os autores de que a dor crônica não é o simples prolongamento da dor aguda, mas baseia-se no conhecimento já estabelecido de que as estimulações nociceptivas repetidas provocam diversas modificações no SNC. Dessa forma,

Mal delimitada no tempo e no espaço, é a [dor] que persiste por processos patológicos crônicos, de forma contínua ou recorrente. Sem respostas neurovegetativas associadas e com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequentes (BRASIL, 2001).

Por ser mais acessível aos profissionais de saúde, no presente estudo optou-se por utilizar a definição da SBED (2017), Ashmawi (2016) e demais literaturas (SIQUEIRA et al., 2012) que estabelecem o prazo de seis meses na definição da dor



crônica (IASP/SBED, 2017; ASHMAWI, 2018; DELLAROZA, 2008). Em outubro de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS 1.083 (retificada em 27 de novembro de 2015) contendo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas sobre dor crônica. A portaria<sup>1</sup> estabelece o prazo superior a 30 dias para que a dor seja considerada crônica (BRASIL, 2015a)

As dores podem estar relacionadas a um traumatismo, estresse uma lesão cirúrgica, doença, distúrbios hormonais, isquemia e processos inflamatórios iniciais que duram dias ou semanas (KRAYCHETE et al., 2016; DADALT; EIZERIK; 2013; KASANOWSKI; LACCETTI, 2005). Tal alarme requer atenção imediata.

Pode-se inicialmente, especificar dois tipos de dor: a aguda e a crônica. Ambas diferem significativamente entre si (COELHO; PEREIRA, 2017). A dor aguda provoca reações no organismo tais como: taquicardia, hipertensão arterial, reações pupilares, sudorese e palidez. A expressão facial da dor aguda revela ansiedade, choro e, não raramente, contrações dos músculos faciais semelhantes a mímicas (BRASIL, 2015a; MARQUEZ, 2011; FAULL et al. 1998; DUNLOP, 1998).

A observação do comportamento e dos sinais físicos do paciente poderá prover algumas informações adicionais; entretanto, a correlação entre o observador e o relato do paciente pode ser eventualmente pobre. Isso ocorre com mais frequência nas situações em que a dor crônica se manifesta (FAULL et al., 1998). Entre as características se incluem: incapacidade física, psicossocial, mudanças nos padrões do sono, máscara facial (expressão depressiva), anorexia e emagrecimento (POZEK et al., 2016; KASANOWSKI, LACCETTI, 2005; SALAFFI, SARZI-PUTTINI, ATZENI, 2015; ATZENI et al., 2011).

No entanto, a dor crônica não é apenas uma dor aguda prolongada (GOUVÊA, 2016). As dores que se cronificam decorrem de uma lesão inicial, trauma ou outros fatores que dão origem a um processo doloroso com duração de meses, anos ou ao longo de uma vida, mesmo quando a lesão foi curada. Nestes casos, o organismo reage por meio de mecanismos de adaptação, especialmente músculos esqueléticos e psicocomportamentais desfavoráveis, resultando interações, incapacidades e repercussões biológicas e psicossociais adversas (GOUVÊA, 2016, VLAINICHI et al., 2010; CAILLIET, 1999; CAMARGO, 2001; FIGUEIRÓ,

---

<sup>1</sup> Considerando que a Portaria SAS/MS 1.083 era muito recente e pouco conhecida dos profissionais, não foi incluída nos questionários aplicados, como alternativa sobre duração da dor crônica, o prazo superior a 30 dias, visando evitar eventuais confusões para os participantes.

ANGELOTTI, PIMENTA, 2006). A influência do meio ambiente é fundamental para sua manifestação e controle (EDWARDS et al., 2016).

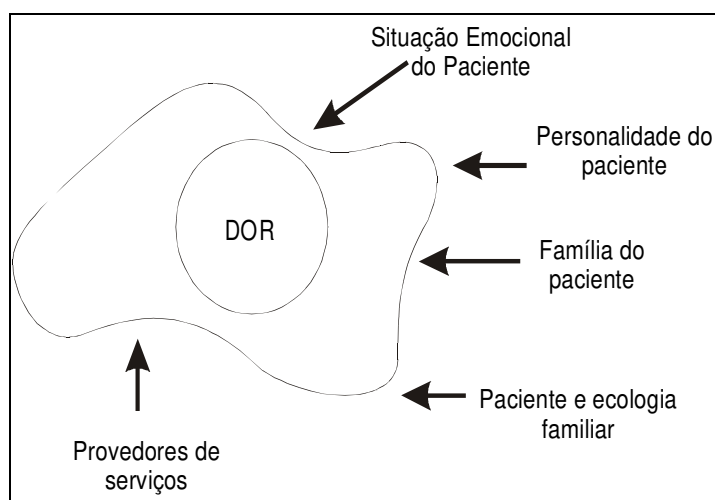
Repetidas estimulações dolorosas levam a uma variedade de mudanças do sistema nervoso central. Repetidos estímulos nas fibras nervosas (fibras C) levará a uma acentuada resposta das estruturas nervosas. O organismo adaptar-se-á a uma condição de dor contínua e frequentemente os sinais de sofrimento serão escondidos atrás de uma face estoica. Após longos períodos de incessante dor, a expressão facial não revelará ansiedade, mas exaustão e depressão. As expressões faciais que revelam ansiedade, choro ou caretas não servem como indicadores de intensidade da dor crônica (BADIOLA, 2016; MIFFLIN; KERR, 2014; LIBRACK, 1998).

A ausência desses sinais leva ao julgamento errôneo de que o paciente não apresenta dor severa. A ilusão de ausência de dor pela inspeção facial contribui, com uma das maiores razões pelas quais a dor é inadequadamente tratada (LIBRACK, 1998).

O termo “DOR TOTAL” foi utilizado por estudiosos como Saunders, Twycross e Lack para definir suas experiências no tratamento da dor. Esses autores relacionaram a dor não somente a fatores somáticos, mas a outros inúmeros fatores que afetam o estado psicológico do paciente, tais como: o seu estado emocional, sua personalidade, seu relacionamento familiar, a ecologia familiar (educação, situação financeira, religião...) e o seu relacionamento com a equipe de saúde (LIBRACK, 1998). Os aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais devem ser considerados na abordagem terapêutica (BARROS; SOARES; FALCÃO, 2015).

Librack (1998, p.12) comparou a dor total a uma ameba que muda sua forma constantemente (Figura 1). Em tempos diferentes, a dor aparecerá de diversas formas e os fatores componentes poderão variar seus efeitos sobre a dor e sua expressão.

Figura 1 – Dor Total



Fonte: Librack (1998, p.13).

A efetiva abordagem ao paciente em dor incluirá as considerações de todos os componentes da “dor total” (BRASIL, 2013b). Uma abordagem terapêutica, que considera somente as forças somáticas, expõe o paciente a um sofrimento desnecessário, da mesma forma que uma abordagem inteiramente psicossocial não ajudará os pacientes com dor física severa. O tratamento apropriado, portanto, necessita ser direcionado para a fonte específica da dor, tanto quanto a dor propriamente dita. A dor física convém ser atendida antes da assistência psicológica e o suporte dos familiares (LIBRACK, 1998. SALAFFI; SARZI-PUTTINI; ATZENI, 2015).

Qualquer abordagem psicossocial necessita indagar ou saber sobre os efeitos da dor no ambiente familiar e o significado dela para o paciente e seus familiares (BRASIL, 2013b; DUNLOP, 1998; LIBRACK,1998). Frequentemente a família experimenta e descreve o sentimento de abandono, de desamparo ao ver alguém em sofrimento, ou a percepção do suporte social falho e o impacto de mudanças na condição financeira (LIBRACK, 1998; SALAFFI; SARZI-PUTTINI; ATZENI, 2015). Algumas pessoas veem a dor como uma punição por atitudes erradas no passado e, portanto, inevitável. Outras vezes, a dor para elas representa o desenvolvimento de uma doença que preferem negar, ou ainda, por acreditarem que a dor seja um sinal da proximidade da morte (DUNLOP, 1998; FAULL et al., 1998). Crenças religiosas e culturais são determinantes na percepção do paciente e de sua família. Experiências anteriores relacionadas à morte de amigos ou parentes com doenças dolorosas, especialmente o câncer, devem ser averiguadas, tais como a preocupação

relacionada à doença e o tratamento realizado no paciente. O uso de morfina no tratamento medicamentoso também reforça a ideia de que o paciente está se encaminhando para a morte iminente. Essas preocupações e/ou medos, se não forem abordados e abertos à discussão, farão com que o uso de medicamentos seja recusado e o tratamento da dor realizar-se-á ineficazmente (DUNLOP, 1998).

A abordagem psicossocial é um dos inúmeros componentes para a obtenção de uma avaliação da dor crônica. Essa avaliação é necessária sempre que o paciente apresentar dor recorrente (EDWARDS et al., 2016; DUNLOP;1998).

A avaliação de dor de um paciente é a primeira etapa crítica para o tratamento efetivo dela. Esse período requer cuidadosa atenção a quatro indicadores básicos: ouvir cuidadosamente e acreditar nas queixas do paciente; observar e reconhecer o quadro típico da dor crônica; empregar o conceito de dor total, e, finalmente, utilizar os instrumentos de medição da dor individualmente. Uma revisão da história da dor é o primeiro passo para avaliá-la. Esse levantamento da história clínica é inicialmente de responsabilidade médica, mas enfermeiros e outros profissionais de saúde devem colaborar com a obtenção de dados para uma boa avaliação. O histórico deve esclarecer sobre o início da dor, sua localização, duração, intensidade, irradiação e fisiopatologia, fatores estes que influenciam o alívio ou o agravamento e que fornecem dados quantitativos e qualitativos do processo doloroso (BRASIL, 1997a; LIBRACK, 1998, p.21; DUNLOP, 1998; BORSOOK, 1996; SALAFFI; SARZI-PUTTINI; ATZENI, 2015).

Uma etapa importante no processo de avaliação da dor é a mensuração de sua intensidade, a qual poderá ser medida, solicitando-se ao paciente que a descreva (DE JONG et al., 2015; DUNLOP, 1998).

Há inúmeras escalas unidimensionais e multidimensionais sugeridas para avaliar a intensidade da dor (DUNLOP, 1998; FAULL et al.,1998). As escalas unidimensionais, permitem aos pacientes utilizarem-nas para qualificar a intensidade da dor. Na prática, essas escalas são úteis, simples, de fácil compreensão e metodologicamente válidas para avaliar e monitorar os pacientes em estados dolorosos. Algumas escalas são nomeadas como: Escala de Descrição Verbal, Escala de Valores Numéricos, Escala Visual Analógica e Escala de Valores (classificações) Faciais para Dor (BORSOOK et al., 1996; SILVA, 2015; DE JONG et al., 2015).

As escalas multidimensionais, são nomeadas como: Questionário para Dor de McGill, Breve Inventário da Dor e Formulário de Avaliação da Dor do Hospital Geral de Massachusetts. Esses instrumentos de avaliação fornecem mais informações sobre a dor do paciente e não somente à intensidade dela. Os questionários são especialmente úteis nos casos em que as queixas de dor são mais complexas (BORSOOK et al., 1996; SILVA, 2015).

## **2.4 Abordagem ao tratamento da dor crônica**

É de consenso que a maioria dos processos dolorosos, independentemente de quão severa seja sua intensidade, podem ser efetivamente aliviados por terapias farmacológicas (BRASIL, 2002b; CUNHA et al. 2016).

O tratamento farmacológico combinado com outras modalidades terapêuticas (CUNHA et al. 2016) não tem somente o objetivo de minimizar ou curar a dor, mas também de prevenir a sua recorrência. Essas declarações reafirmam o potencial dos efeitos dos medicamentos, especialmente os derivados do ópio para dores mais intensas, e das práticas integrativas complementares associadas (CUNHA et al. 2016; SILVA et al. 2016).

Ao longo dos séculos, o ópio demonstrou ser uma importante escolha na terapêutica da dor. Empregado como analgésico, o ópio foi extraído artesanalmente por milhares de anos, até a elaboração de similares sintéticos. No entanto, os medicamentos atualmente empregados no manejo da dor crônica são, em sua maioria, derivados do ópio. Esses derivados conquistaram o reconhecimento da comunidade científica, mais enfaticamente nas últimas décadas, quando demonstraram sua eficácia analgésica no controle dos processos dolorosos crônicos mais intensos (GUERRIERO, 2017; GIANNI et al. 2017).

### **2.4.1 Estratégia terapêutica da dor crônica**

Nos últimos anos, inúmeros profissionais de saúde, profissionais ligados a políticas de saúde e à população mostraram um crescente interesse em ações que viessem melhorar a terapia da dor. Esse interesse é evidenciado na literatura científica internacional que aborda o tema e mostra alternativas para tratar os

processos dolorosos crônicos (CONTATORE, 2015; OLIVÊNCIA et al. 2018; WHO, 2012).

O tratamento da dor crônica, fundamenta-se em uma série de processos terapêuticos, adaptáveis às necessidades individuais de cada paciente, que incluem métodos psicológicos, terapêutica física e terapêutica medicamentosa (MURRAY et al., 2015). Em muitos tratamentos de dor, obtêm-se melhores resultados com a combinação desses processos terapêuticos de ações interdisciplinares que objetivam a qualidade de vida dos pacientes em dor crônica (SAMPAIO; RESENDE; PEREIRA; 2016; MURRAY et al., 2015).

A qualidade de vida pode ser favorecida quando o manejo dos processos dolorosos é realizado adequadamente. Na avaliação da OMS e de algumas instituições internacionais, os medicamentos analgésicos exercem um importante papel no manejo da dor. Para a organização, são os analgésicos opiáceos e um pequeno número de outras medicações (anti-inflamatórios não esteroides, antidepressivos) os principais recursos para o tratamento da dor (WHO, 2012).

#### **2.4.2 Terapêutica medicamentosa**

Estudos apontam que pacientes com dor crônica previamente selecionados, e monitorados, podem ser beneficiados com o tratamento prolongado de opiáceos. Eles apresentaram poucos efeitos colaterais e riscos de adição (CANADIAN PAIN SOCIETY, 2001; PORTENOY; FOLEY, 1986).

A Sociedade Canadense da Dor divulgou sua posição sobre o alívio da dor. Houve o consenso de que quase todos os pacientes com dor aguda, dor crônica maligna e não maligna podem ser aliviados. A mesma organização entende que os profissionais da saúde necessitam compreender a estratégia para o tratamento da dor que inclui além das técnicas não farmacológicas o uso apropriado de opiáceos (CANADIAN PAIN SOCIETY, 2001; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018).

O emprego de substâncias analgésicas é a principal alternativa para o controle das dores, agudas e crônicas. Os analgésicos, quando empregados adequadamente, podem ser eficazes num elevado número de pacientes (MARTELETE, 1992; OLIVÊNCIA et al. 2018).

A OMS menciona que a dor, principalmente a dor do câncer, pode ser controlada em cerca de 70 a 90% dos pacientes (BRASIL, 1997; WHO, 2012). Esta Organização, como também a Sociedade Americana da Dor, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, o Comitê Canadense de Aconselhamento Especializado (WHO, 2012; LIBRACK, 1998; BRASIL, 1997a) preconizam um método eficaz e econômico que apresentam em um guia prático para o alívio da dor crônica, elaborado pela OMS em 1986, e aceito até a atualidade (SUZUKI et al.,1999; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018). O tratamento compreende três etapas e disponibiliza um número limitado de medicamentos (WHO, 2012; FAULL et al., 1998; BRASIL, 1997a; LIBRACK, 1998; MARTELETE, 1992; OLIVÊNCIA et al. 2018).

O tratamento para muitos sintomas pode ter bases em um programa lógico e apropriado, denominado de “*stepwise*” (DUNLOP, 1998). Diversos estudos multinacionais foram avaliados sugerindo um guia de tratamento para a dor crônica, denominado de “*step ladder*” (DUNLOP, 1998). Esse método foi elaborado com o objetivo de proporcionar o máximo controle da dor nos países com limitações de recursos na área da saúde (DUNLOP, 1998; WHO, 2012).

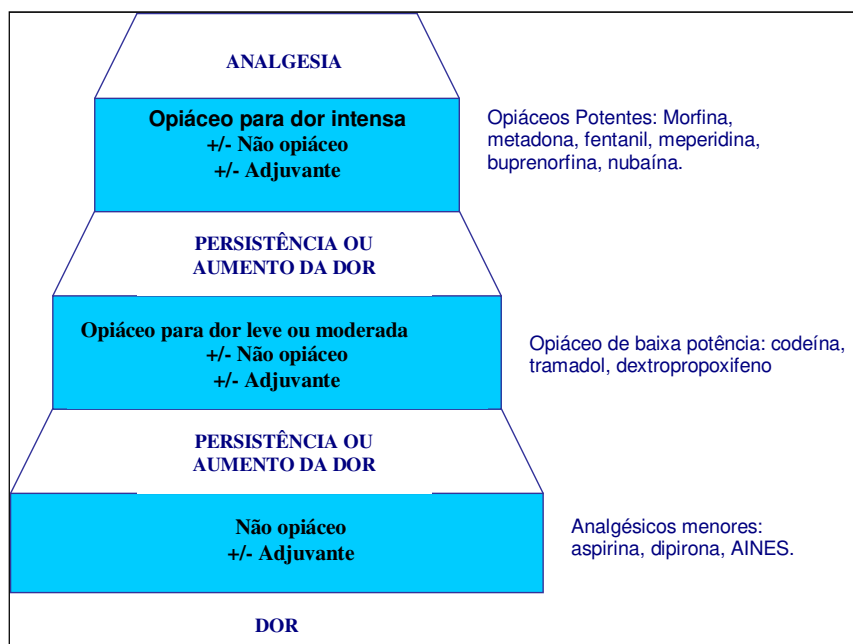
Os pacientes iniciam o tratamento, que compreende um padrão de níveis crescentes e proporcionais à severidade da dor. Após um período adequado de tratamento, progride-se para o próximo plano ou etapa do método, se a dor não estiver controlada (WHO, 2012; DUNLOP, 1998; BRASIL, 1997; MARTELETE, 1992; OLIVÊNCIA et al. 2018;).

O primeiro passo do método constitui o uso sequencial de medicamentos analgésicos simples, não opiáceos, para dores de intensidade baixa. Os analgésicos indicados são: a aspirina ou o paracetamol combinado a um analgésico de ação periférica, anti-inflamatório não esteroide (AINES) como o ácido acetil salicílico e um antidepressivo, se houver comprometimento neuropático (BRASIL, 1997a; MARTELETE, 1992; SUZUKI et al.,1999; FAULL et al., 1998; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018; BRASIL, 2015a, SANTA CATARINA, 2012). Não ocorrendo o alívio da dor, mesmo que os medicamentos sejam administrados regularmente, o próximo passo será a inclusão de um opiáceo de menor potência analgésica (opiáceo fraco) como a codeína (MARTELETE, 1992; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018; BRASIL, 2015a). Pode ser combinado à codeína, o paracetamol, analgésico

não opiáceo (FAULL et al., 1998; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018). O último plano do tratamento é a substituição do “opióceio fraco” por um “opióceio forte” como a morfina, se a intensidade da dor se apresentar de moderada a alta (DUNLOP, 1998; MARTELETE, 1992; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018; BRASIL, 2015a). A terapia, porém, deve ser realizada com um único medicamento de cada categoria, ou seja, um opiáceo para dor leve ou moderada, mais um analgésico não opiáceo e um adjuvante (BRASIL, 1997; WHO, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018; BRASIL, 2015a). A gabapentina é indicada para as dores neurogênicas de média e forte intensidade (BRASIL, 2015a; SANTA CATARINA, 2012).

O guia de tratamento preconizado pela OMS é apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Escala Analgésica da Oms



Fonte: Martelele (1992); Brasil (2015).

Após duas décadas, ajustes foram realizados na escala, e conceitos, medicamentos e tecnologias estão sendo introduzidas ao tratamento das dores malignas. Compreender e seguir o algoritmo requer “conhecimento da fisiopatologia da dor, assim como da farmacocinética e farmacodinâmica dos agentes e vias empregadas” (MINSON, 2008).

Alguns princípios da terapia analgésica devem ser considerados: administração via oral sempre que possível e doses administradas regularmente para que o nível de analgesia se mantenha constante. Convém antecipar e prever os



efeitos colaterais dos analgésicos e tratar os sintomas como náuseas e espasmos musculares. Isso porque os sintomas podem exacerbar a dor do paciente (LIBRACK, 1998; HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

O aparecimento de outra dor requer uma nova avaliação e a possibilidade de um tratamento diferente. Essa situação pode requerer doses suplementares da medicação habitual (LIBRACK, 1998; DUNLOP, 1998; HENNEMANN-KRAUSE, 2012). A morfina é rotineiramente indicada (DUNLOP, 1998, p.19; FAULL et al., 1998; HENNEMANN-KRAUSE, 2012) quando a dor se apresentar moderada ou severa (LIBRACK, 1998; MARTELETE, 1992; HENNEMANN-KRAUSE, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018).

Na dor severa, particularmente no tratamento da dor crônica maligna, a morfina é o medicamento de eleição por apresentar um metabólito ativo potente (M6G) que contribui para o controle da dor (PORTENOY et al., 1992; KLEPSTAD et al., 2000; LIBRACK, 1998; DERBY, 1999; HENNEMANN-KRAUSE, 2012; OLIVÊNCIA et al. 2018) e também, por apresentar vantagens no tratamento quando comparada a outros opiáceos. Algumas considerações como baixo custo para a sua aquisição e sua flexibilidade de uso permitem, sempre que for necessário, aumentar a analgesia. A dose pode ser aumentada até que os efeitos colaterais desaconselhem sua continuidade no tratamento (CAMARGO, 2001; BRASIL, 2015a).

Outros fatores como efeitos farmacocinéticos: tempo de ação, índice de absorção, meia vida, biodisponibilidade, duração da ação, processo de eliminação meia vida relativamente curta de 2 a 3 horas (DERBY, 1999), contribuem para o ajuste das doses em relação à dor (MARTELETE, 1992) e para o monitoramento dos efeitos colaterais, principalmente dos pacientes idosos ou pacientes com disfunções hepáticas, pulmonares ou renais (DERBY, 1999).

Outros medicamentos opióides com meia vida curta são também importantes no tratamento da dor crônica como a hidromorfona e oxicodona (DERBY, 1999; OLIVÊNCIA et al. 2018). No entanto, Borsook et al. (1996) e Librack (1998) citam a morfina como a “*gold standard*” do grupo dos opiáceos.

Embora a morfina seja o medicamento de eleição para as dores crônicas severas, outros medicamentos também são mencionados como analgésicos

potentes. Olivência e colaboradores (2018) inclui no grupo dos opiáceos fortes, a nalbufina, a metadona, a fentanila, oxicodona, buprenorfina, hidrocodona e tramadol.

### **2.4.3 Classificação dos opiáceos na terapêutica da dor crônica**

A meperidina foi o analgésico narcótico mais utilizado nos Estados Unidos, prescrito por 60% dos médicos para o tratamento da dor aguda e por mais de 22% em situações crônicas associadas à dor severa. Borsook et al. (1996) e Librack (1998) relatam que a meperidina é frequentemente classificada como um potente opiáceo que produz um efeito semelhante à morfina, como a liberação de histamina, taquicardia e euforia. Mas ao contrário da morfina, a meperidina pode causar um efeito tóxico próprio (BORSOOK et al., 1996). Os autores sugerem que a administração crônica e doses crescentes de meperidina resultam em acúmulo de normeperidina sérica, levando os pacientes a apresentarem tremores, midríase, hiper-reflexia e convulsões, particularmente em pacientes com disfunção renal, e, portanto, não sendo recomendada para o tratamento da dor crônica, principalmente a de origem maligna (BORSOOK et al., 1996; LIBRACK, 1998; DERBY, 1999; RIZZO, 2010).

A nalbufina também é desconsiderada para o tratamento da dor do câncer porque ela oferece pequena vantagem e consideráveis desvantagens relacionadas a sua atividade antagonista (agonista-antagonista) (BORSOOK et al. 1996; LIBRACK, 1998; BRASIL, 2015a). Buprenorfina, nubaína e propoxifeno são igualmente contraindicados (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

Opiáceos de meia vida longa, especialmente a metadona, são igualmente contraindicados como a primeira via de escolha para o tratamento da dor crônica. Repetidas doses podem ser acumuladas, dias após a analgesia, provocando efeitos adversos como sedação e confusão mental no paciente (DERBY, 1999). Ripamonti et al. (1998) concluíram que a metadona é um potente opiáceo e recomendam cautela quando a utilizarem em substituição a outros analgésicos, especialmente em pacientes tolerantes a altas doses deles. No entanto, os autores acima citados, como também Mercadante et al. (1998) e Mercadante et al. (1999) acrescentam que o uso alternativo desse opiáceo pode ser útil para pacientes que não respondem favoravelmente à morfina.

Pesquisadores sugerem que o uso de fentanil transdérmico, em substituição à morfina via oral, promove maior satisfação aos pacientes oncológicos em decorrência da redução dos efeitos colaterais sobre eles durante o manejo da dor de origem oncológica (PAYNE et al.,1998).

Entre os medicamentos opiáceos, encontram-se também aqueles que apresentam efeito teto (CAMARGO, 2001). Esse efeito é referido para a codeína e tramadol que, após a administração de determinada dose, impossibilita aumentar o efeito analgésico, exigindo o emprego de um forte agonista, como a morfina. Entretanto, pesquisas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Teixeira et al. (1999) demonstram que o tramadol é uma medicação eficaz e segura no tratamento da dor aguda e crônica.

Quadro 1 - Opióides indicados para o tratamento da dor

<b>Codeína</b>	Alcalóide natural proveniente do ópio, rápido início de ação, aproximadamente 30 minutos, com meia vida em torno de quatro horas. A metabolização da codeína não ocorre em cerca de 10% da população branca. Sua dosagem poderá variar entre 30 e 120mg a cada quatro horas. A frequência e a intensidade dos efeitos colaterais tendem a se manifestar com o aumento da dose.
<b>Tramadol</b>	Opióide sintético duas vezes mais potente que a codeína e cinco vezes menos potente que a morfina; de rápida absorção por via oral, sua biodisponibilidade é de 70% e meia vida plasmática de seis horas. Pode ser usado na dosagem de 50 e 100mg entre 4 e seis horas após a última administração. Embora possam ocorrer efeitos colaterais se apresentam menos intensos comparados aos demais opióides, principalmente relacionado a obstipação intestinal. Altas doses de tramadol (200-400mg diária) apresentaram resultados satisfatórios nas dores neuropáticas.
<b>Oxicodona</b>	Opióide semi-sintético derivado da tebaína apresenta-se com liberação controlada, meia vida de aproximadamente cinco horas e com início de ação em uma hora, devendo ser usado a cada doze horas. Sua biodisponibilidade é de 70 a 80%. Seu potencial analgésico é semelhante a morfina e a metadona. Não existe dose teto e mestrou sua eficácia no tratamento das neuralgias.
<b>Metadona</b>	Opióide sintético com vida média plasmática entre oito e quarenta horas e necessita de sete a quatorze dias para atingir níveis terapêuticos estáveis. Sua ação atinge de seis a doze horas e sua biodisponibilidade aproxima-se de 80%.A metadona é duas vezes mais potente que a morfina e o uso contínuo (repetitivo) determina a redução de sua dose em decorrência do acúmulo sérico principalmente em idosos ou com o uso concomitante da amitriptilina.
<b>Morfina</b>	Considerado o medicamento padrão entre os opiáceos.Ela é encontrada sob a forma de liberação rápida e lenta, com biodisponibilidade entre 35 e 75%, meia vida de aproximadamente três horas e duração analgésica entre quatro e seis horas. Sua metabolização ocorre na via hepática e excreção renal. Fonte: Drummond e Marquez, 2005 26

Fonte: Quadro elaborado a partir de orientações farmacológicas do fabricante e recomendações da OMS (SCHWENGBER, 2017, WHO, 2012).

Não obstante a escolha do analgésico opiáceo ser de extrema importância no controle da dor crônica, outros fatores, como a opção da via de administração medicamentosa, parecem ser igualmente relevantes para o êxito do tratamento.

#### 2.4.4 Métodos de administração de opióides nas dores crônicas

Novos sistemas e locais de administração medicamentosa melhoram o potencial de cuidados com o paciente (BORSOOK et al., 1996). A escolha da via de administração mais favorável ao paciente e que o conduza a melhores resultados na terapêutica da dor é de fundamental importância para o seu controle.

A seguir será apresentado quadro elaborado a partir de observações de Camargo (2001), contendo as vantagens e fatores limitantes relacionados às vias de administração de opiáceos.

Quadro 2 - Fatores que influenciam na escolha das vias de administração dos opióides

<b>Via</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Fatores Limitantes para Escolha da Vias</b>	<b>Contra-indicação</b>
Oral	Eficácia, proporciona conforto ao paciente	Emese incoercível, disfagia severa, irritação gástrica Coma	
Sublingual	Comodidade, rápida absorção, não sofre ação do suco gástrico, não é metabolizada pelo fígado	Não convém administrar substâncias irritantes por essa via	
Retal	Utilizadas em pacientes em estado de: torpor coma ou disfagia	Diarreia, hemorroidas fissura anal, irritações da mucosa intestinal	
Subcutânea	Absorção Intensa e constante	Substâncias irritantes como antibióticos e clorpromazina	
Intravenosa	Possibilita grande volume infusional, efeito imediato, via de escolha para medicamentos irritantes	Compromete a movimentação do paciente	Substâncias oleosas ou que precipitem
Transcutânea	Conforto, permite movimentação do paciente efeito prolongado	Alto custo no Brasil	Na dor aguda, em pacientes com problemas cutâneos
Peridural e intratecal	Pós-operatório, analgesia durante o trabalho de parto, dor relacionada ao câncer, algias vertebrais. Longa duração: 12 a 36 horas.	Técnica invasiva, retenção urinária, pode ocorrer prurido quando administrado morfina.	

Fonte: CAMARGO (2001, p.265-268).

Entre as opções, a via oral é uma das mais utilizadas. Librack (1998) afirma que a via oral é a preferida para a administração de opiáceos ou deve ser a primeira via de escolha segundo MacDonald (1998). Esta via permite a liberdade de

movimentos ao paciente, é a mais segura entre as vias, a mais fácil de ser administrada e a que disponibiliza menor custo (DERBY, 1999).

Estudos desenvolvidos no México por Montejo et al. (1998) sugerem que a morfina de liberação imediata é uma terapia importante para os pacientes em dor crônica maligna.

Quando a dose estável de opiáceos for alcançada com o uso dos medicamentos de liberação imediata, poder-se-á trocá-la para a medicação de liberação controlada (MAcCONNACHIE, 1998), facilitando o tratamento por simplificar sua administração (AMERICAN PAIN SOCIETY; FERRIS, FLANNERY citados por LIBRACK, 1998). Thomsen et al. (1999) citam que a maioria dos pacientes em tratamento com opiáceos via oral de curta ação e substituída por aquelas de longa ação obtiveram melhora na dor. Peat et al. (1999) constataram, em estudo randomizado, que a morfina oral de liberação lenta, administrada em uma única dose diária, obteve melhores resultados que a morfina administrada duas vezes ao dia.

Embora os avanços da terapia medicamentosa oral permitam ser a via de escolha, algumas situações podem desencorajar essa opção. Problemas físicos e psicológicos em alguns pacientes podem contraindicar a via de administração oral, considerando-se: impossibilidade de deglutição, obstrução intestinal, pacientes em fase terminal, efeitos colaterais intratáveis (especialmente náuseas e vômito), problemas psicológicos como a ansiedade, ou pacientes que apresentam problemas em aceitar a medicação analgésica. Também se contraindica a via oral na dor severa extrema, podendo ser tentada essa via novamente quando a dor estiver controlada (LIBRACK, 1998).

Quando houver a impossibilidade na administração oral, devem ser consideradas as vias alternativas, transdérmica, retal, subcutânea, intravenosa, epidural e intratecal (DERBY, 1999).

A via parenteral proporciona uma analgesia de início rápido e permite a reversão para opiáceos orais quando a intensidade da dor estiver controlada e mantida em níveis satisfatórios para o paciente (DERBY, 1999). A dose intravenosa pode ser administrada em *bolos* intermitentes, em infusão contínua ou em infusão complementar contínua. Essa alternativa permite ao paciente a autoadministração em pequenas doses, denominada de *“patient-controlled analgesia ou PCA”*. Se o

paciente mantiver um acesso venoso, a infusão contínua poderá ser administrada seguramente no seu domicílio (DERBY, 1999).

A via subcutânea é utilizada quando o acesso venoso não é viável. Nesta via, os opiáceos podem ser liberados por infusão contínua com a PCA ou auto administrados em injeções em bolo (DERBY, 1999).

Estudos comparativos sobre a eficácia e os efeitos colaterais entre a administração de morfina via subcutânea (sc) e a intravenosa (iv) indicam que ambas as vias de administração são equivalentes em analgesia para a maioria dos pacientes, quando administradas em infusão contínua (NELSON et al., 1997). Os pesquisadores concluíram que a morfina sc é uma excelente alternativa para a via iv, tanto para os pacientes internados quanto para aqueles em tratamento ambulatorial que requeiram a morfina parenteral para o controle da dor.

Outra alternativa segura é mencionada por Derby (1999) como sendo a via transdérmica, disponibilizada com o nome de fentanil. O fentanil transdérmico é apresentado na forma de um adesivo de liberação contínua que proporciona uma analgesia de dois a três dias. Esta via de administração é recomendada aos pacientes que apresentam dor relativamente estável. Entretanto, a via transdérmica é inapropriada para tratar a dor aguda ou quando intervenções rápidas são necessárias, nos casos em que a dor se apresenta severa. O motivo de sua contra-indicação nas dores intensas decorre do tempo entre 12 a 24 horas para que o medicamento atinja um estado de analgesia. Durante o período preliminar de analgesia, convém serem administradas doses adicionais por via oral de outros opiáceos (DERBY, 1999).

Estudos compararam a administração de morfina oral com a via transdérmica em 504 pacientes americanos. Payne et al. (1998) sugerem que os pacientes demonstraram maior satisfação com o fentanil transdérmico à morfina de liberação oral. A baixa frequência e a redução do impacto dos efeitos colaterais podem ser a causa da maior satisfação do manejo da dor.

Outra alternativa de tratamento é a via epidural. A administração via epidural ou a intratecal depende da expectativa de vida do paciente, extensão da doença e do risco de infecção. A via epidural pode ser a única via disponível em alguns pacientes terminais (DERBY, 1999).

Estudos realizados em pacientes em dor crônica não maligna por Pimenta et al. (1998) no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, comprovaram que a infusão crônica de agentes morfínicos por via intratecal proporcionaram alívio no processo doloroso. Anderson e Burchiel (1999) sugerem que a administração contínua de morfina intratecal pode ser segura e efetiva para o manejo da dor severa não maligna em pacientes selecionados, resultando na melhora de algumas funções diárias e, segundo Valentino et al. (1998), proporcionando ao longo do tempo de tratamento o mínimo de efeitos colaterais ou complicações.

No uso de analgésicos opiáceos, utiliza-se frequentemente a equivalência à morfina. Alguns autores como Abram e Haddox (2000); Benzoni et al. (1999); Derby (1999); Macdonald (1998); Camargo (2001); Rane et al. (1982); Faull et al. (1998) abordam a equivalência analgésica comparando os opiáceos agonistas à morfina parenteral, ou, à morfina oral. A partir das observações dos autores acima citados, será apresentada a relação de potencial analgésico à morfina, no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Relação de potencial analgésico a 10mg de morfina oral e 10mg de morfina injetável

<b>Opiáceo</b>	<b>Via de Administração de Morfina</b>	<b>Dose Equivalente</b>
Morfina oral	Oral	10mg
	Parenteral	3 – 3,5mg
Morfina Liberação Controlada	Oral	30mg
Meperidina	Oral	300mg
	Parenteral	75mg
Metadona (uso crônico)	Oral	3mg
	Parenteral	2mg
Buprenorfina	Sub lingual	0.2mg
Tramadol	Oral	70 - 138,8mg
	Parenteral	100-400mg
Meperidina	Oral	160mg
	Parenteral	40mg
Codeína	Oral	83-120 mg
Propoxifeno	Oral	100mg

Fonte: Faull et al. (1998, p.112) Abram e Haddox (2000, p. 311), Camargo (2001, p. 250).

Nota: Podem ocorrer pequenas variações nas doses de equivalência. Entretanto o quadro deve ser útil à prática clínica (FAULL et al.,1998).

A relativa potência analgésica de um opiáceo tem sido correlacionada. No entanto, essa correlação não é cientificamente precisa porque há significativas

variabilidades entre os pacientes. Embora a tabela de conversão analgésica seja útil para aproximar a dose de um novo analgésico quando a troca é contemplada, a dose sempre deve ser ajustada à resposta do paciente ao opiáceo (BRASIL, 2013b; BENZON et al., 1999).

A tolerabilidade dos analgésicos potentes é um fator importante no tratamento da dor crônica em idosos, e usuários em tratamento ambulatorial devido a eventos adversos. A tontura e a sedação estão relacionadas a quedas e ao risco de fraturas (WEHLING, 2014). Igualmente importantes são os efeitos colaterais que incluem náusea e vômitos, prurido e retenção urinária. Em idosos, os efeitos podem exacerbar a motilidade intestinal e gástrica e aumentar do pH gástrico (OLIVÊNCIA et al. 2018).

Neste contexto, convém melhorar a comunicação entre provedores e pacientes sobre os riscos e benefícios do opióide na terapia para dor crônica, melhorar a segurança e eficácia do tratamento da dor e reduzir os riscos associados com terapia desses fármacos a longo prazo, incluindo abuso, dependência, overdose e morte (HOURY; BALDWIN, 2016).

O paracetamol é um medicamento indicado para reduzir a febre e aliviar temporariamente as dores de leve e média intensidade (BRASIL, 2013b). Seu mecanismo de ação analgésica não está inteiramente esclarecido. No entanto, este fármaco desempenha predominantemente sua função inibindo a síntese de prostaglandinas no Sistema Nervoso Central (COX-3) e mais tenuamente bloqueando a geração do impulso doloroso periférico. O paracetamol atua no centro talâmico que regula a temperatura. O nível plasmático mais elevado é alcançado após 1 hora, e sua semivida ocorre em torno de 2 horas (RIBEIRO, 2017; PARACETAMOL, 2013).

Os fármacos anticonvulsivantes gabapentina e a pregabalina são a primeira escolha para o manejo dos processos algico persistentes, quando há um componente neuropático devido a lesão, mau funcionamento dos nervos ou do sistema nervoso (BRASIL, 2013b).

Gabapentina atua como moduladora das sinapses neurais, contudo seu mecanismo não é totalmente conhecido. Pregabalina é indicada como terapia adjunta das crises parciais das neuropatia diabética e neuralgia pós-herpética. Este fármaco liga-se a uma substância proteica nos canais de cálcio do sistema nervoso



central (SNC), e interage com vias descendentes noradrenérgicas e serotoninérgicas, produzindo alívio da dor (RIBEIRO, 2017; GABAPENTINA, 2013; PREGABALINA, 2015).

## **2.5 Práticas integrativas complementares**

As Práticas Integrativas Complementares (PICS) foram introduzidas no SUS por meio da Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que as nomeia como “medicinas tradicionais e complementares” (BRASIL, 2018a).

As PICs fazem parte de uma Política Nacional (PNPIC) (BRASIL, 2015b) que sugere um elenco de recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais destinados a prevenir morbidades predominantemente crônicas e prevalentes em âmbito nacional (Portaria GM/MS no 971 de 3 de maio de 2006 – BRASIL, 2006; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a). Os recursos terapêuticos são diversificados, nas áreas da Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia” (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015b; THIAGO; TESSER, 2010; GUIMARÃES et al., 2016). Em 2017, foram introduzidas 14 novas práticas, conforme Portaria GM/MS nº 849/2017 (BRASIL, 2017a) incluindo “arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, terapia comunitária integrativa e yoga”. A Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018 acrescenta à PNPIC as práticas de “aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia. Atualmente, 29 procedimentos são ofertados à população na Atenção Primária e hospitalar (BRASIL, 2018a).

Tais práticas congregam ações integradas, interdisciplinares e recursos terapêuticos (GUIMARAES et al., 2016; BRASIL, 2018a), os quais possibilitam reduzir a dependência de medicamentos alopáticos, estimulam o processo decisório do paciente para com sua terapia e o compromisso para com sua saúde (THIAGO; TESSER, 2010; GUIMARÃES et al., 2016). No campo biológico e psíquico, as PICs contribuem para a redução da dor e dos níveis de ansiedade, de tensão muscular e

do estresse, melhorando a qualidade do sono e dos quadros depressivos frequentemente associados aos processos álgicos crônicos (MARTINS, 2016). A utilização das práticas complementares *“aplicadas na busca pelo conhecimento da dor e suas progressões é vista como um método inovador e indutor que já apresenta resultados satisfatórios”* e amplia as opções terapêuticas e prevenção dos agravos (GUIMARÃES et al., 2016).

Em âmbito mundial, a OMS incentiva a implantação de tais práticas no sistema de saúde com a finalidade de promover a integração delas aos sistemas nacionais oficiais de saúde. A Organização também incentiva mecanismos que viabilizem leis que permitam oferecer serviços e produtos de qualidade; oportunizem conhecimentos na área, e capacitem os profissionais envolvidos com práticas complementares (BRASIL, 2018c; GUIMARÃES et al., 2016; TEIXEIRA 2017).

A abordagem terapêutica das PICs deve ser introduzida na formação médica e na formação de outros profissionais de saúde, nas variadas instâncias de educação formal. O conhecimento das evidências científicas, dos pressupostos teóricos e das abordagens clínico-terapêuticas empregadas nas práticas integrativas nortearão ações mais seguras e eficazes a população (TEIXEIRA, 2017).

A maioria dos profissionais pouco conhece a respeito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e referem pouca credibilidade nelas. O conhecimento dos profissionais neste campo foi obtido por meio de leituras e experiências de familiares. As terapias fisioterápicas, acupuntura, fitoterápicas, e práticas complementares corporais (Yoga e Chi Gong) ganham credibilidade entre a população (GONTIJO; NUNES, 2017; SANTOS; SANTOS, 2017).

A acupuntura é uma forma de intervenção em saúde que aborda o ser humano de modo integral em seu processo dinâmico saúde-doença. São mais conhecidos seus efeitos analgésicos, reguladores da homeostase e imunológicos podendo atuar no tratamento de uma ampla gama de enfermidades e ser utilizada de modo associado a outros tratamentos ou também de forma isolada (KORNIN, 2016).

Ela tornou-se uma técnica difundida entre os profissionais da saúde, em decorrência de seu efeito anti-inflamatório, ansiolítico, miorelaxante e ativador da função imunológica no organismo humano (ZOTELLI; MEIRELLES; SOUSA, 2010). A expressão acupuntura origina-se do latim a partir de *“acus-agulha e punctura-puncionar”*. A expressão faz menção à introdução de agulhas na pele, nos tecidos subjacentes, em distintas profundidades, em locais específicos previamente

mapeados do corpo, com a finalidade de obter um efeito terapêutico desejado (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Esta terapia adjuvante atua sobre o sistema nervoso, ativando mecanismos de compensação e equilíbrio do corpo minimizando a dor. O mecanismo de ação da acupuntura na redução dos níveis de dor ocorre a partir da estimulação de pontos específicos do organismo por meio de punções com agulhas finas (ZOTELLI; MEIRELLES; SOUSA, 2010; FREIRE; FREIRE; RIBEIRO, 2018).

Os métodos fisioterápicos são reconhecidos cientificamente na redução da dor. A partir do modelo biopsicossocial proposto por Engel, a dor é interpretada como sendo um fenômeno dinâmico em um contexto multidimensional, que está relacionada a variados mecanismos internos e externos (DESANTANA et al., 2017).

O primeiro objetivo da fisioterapia neste contexto é reduzir a dor e disfunção associada, melhorar a função, promover a saúde e o bem-estar do paciente. A fisioterapia tem-se tornado uma prática indispensável na promoção à saúde, proporcionando a melhora e recuperação dos quadros de dor crônica (DESANTANA et al. 2017; SCHMITT; HAHN, 2013).

Algumas modalidades possuem grande potencial terapêutico. Entre elas encontram-se a eletroterapia, neuromodulação, cinesioterapia, alongamentos musculares de membros inferiores e superiores, lombar e cervical, fortalecimentos musculares e relaxamento são utilizados com melhoras significativas do paciente. Após a terapia evidencia-se a redução dos níveis de dor, aumento da capacidade funcional e vitalidade mental (SOARES et al., 2011; MELISCKI et al., 2013).

Demais práticas são recomendadas para reduzir os níveis dos processos dolorosos. Métodos de condução de calor e frio; massagem; ultrassom correntes de baixa frequência; massagem; exercícios isométricos; exercícios isotônicos; exercícios isocinéticos; RPG reeducação postural global; osteopatia medicina manipulativa e uma miríade de técnicas aplicáveis de acordo com as necessidades do paciente (MELISCKI et al., 2013).

Uma modalidade terapêutica da dor emerge dos conceitos da física quântica. Táquion é uma forma de energia entre inúmeras energias existentes que transladam o tempo sem que tenhamos consciência dela. Gerald Feinberg a conceituou em 1964, a denominou “*tachyon*”, em alusão a palavra grega “*tachyss*”, que significa “*rápido*”, e íon “*deslocar*”. A palavra destaca as características de partículas

subatômicas sem massa, que se deslocam em velocidade superior à luz e possuem energia própria (VIEIRA, 2012).

Na área das práticas integrativas e complementares da saúde, o efeito holístico da energia tachyon nos seres humanos e no meio ambiente vem sendo estudada a partir de 1990 na Alemanha por Martina Bochnik e Tommy Thomsen. Os seres humanos são guiados pelo corpo físico, pensamentos, pelas emoções, mas também por uma energia denominada de superluminal, que se caracteriza pela propagação além do seu local de origem numa velocidade superior a velocidade da luz. Essa notável força, segundo os cientistas, nos possibilita acessar o campo quântico e sermos estimulados a uma transformação, por meio de um trabalho reparador conjunto, e ao retorno dos tecidos a sua função. Os táquios exercem um efeito energético catalizador, de equilíbrio e estruturação do organismo. Em outras palavras, as pessoas movidas pela energia dos táquios pode ser estimulada a curar-se. Nos processos dolorosos crônicos, as mudanças ocorrem a longo prazo de forma multidimensional, e no modo de seu enfrentamento (VIEIRA, 2012; CERIONI, SANCHES, 2019).

Essas práticas poderão avivar paulatinamente os serviços, diversificando em número e atividades profissionais, o que possibilita outras opções terapêuticas baseadas na concepção da integralidade e do autocuidado (SANTOS; SANTOS, 2017).

Os múltiplos modelos que compõem as práticas complementares são baseados nas mais diversas filosofias, entre elas a chinesa e a indú, e estudos científicos. Neste contexto, é necessário que ocorra a integração entre o modelo tradicional e o modelo de medicina complementar, emergindo um paradigma integrativo que possa fazer sentido dos variados modelos de cura para os profissionais da saúde, gestores, e usuários do SUS (GONTIJO; NUNES, 2017).

## **2.6 Implicações econômicas relacionadas ao tratamento da dor crônica**

A dor crônica traz implicações mais abrangentes como os custos envolvidos na terapia medicamentosa, na assistência aos pacientes em tratamento e o acesso deles aos cuidados. No entanto, os custos da terapia têm sido negligenciados no decorrer dos anos. Poucos pesquisadores se interessaram até essa época em

estimar os gastos com esse tratamento. Contudo, alguns estudos americanos, canadenses e europeus mostram que, embora cada país apresente peculiaridades próprias, as pesquisas são unânimes em apontar os altos valores financeiros envolvidos no tratamento da dor crônica. Ela exerce uma substancial influência social e ônus econômico tanto para o indivíduo afetado quanto para a sociedade.

Os processos dolorosos crônicos são um problema de saúde pública onerando os Estados Unidos em 100 bilhões de dólares no final da década de 90 (GALLAGHER, 1999) e atualmente representam 600 bilhões de dólares em custos anuais à nação (MEHTA et. al., 2016).

Esses processos dolorosos envolvem não somente a dor do câncer, mas uma miríade de outras dores não malignas, como as enxaquecas, neuropatias diabéticas, artrites, fibromialgias, neuralgias, dores lombares entre outras (GALLAGHER, 1999). Quando as doenças crônicas são incluídas nos cálculos, os valores representaram no final dos anos 90 aproximadamente 75% dos US\$ 2 trilhões gastos nos Estados Unidos em cuidados com a saúde (GALLAGHER, 1999).

White et al. (1999) pesquisaram 3.395 adultos canadenses com queixas de dores intensas. Os autores afirmam que as desordens músculo esqueléticas afetaram entre 14 a 17% de toda a população adulta e parecem contribuir grandemente para a inabilidade física e a morbidade crônica naquele país. Entre as alterações músculo esqueléticas, os autores estimam que a fibromialgia exerce maior impacto econômico sobre a assistência à saúde no Canadá. Os custos chegaram próximos a 350 milhões de dólares canadenses em assistência direta aos pacientes no ano de 1993.

Nos Estados Unidos, o custo das doenças músculo-esqueléticas na década de 80 foram de 21 bilhões de dólares. Entre 1990 e 1992, os valores foram estimados em 149,4 bilhões dólares, o que representou 2,5% do PIB americano (FERRELL; GRIFFITH, 1994). A perspectiva a respeito dos custos que envolveram o tratamento da dor nas décadas de 80 e 90 nos países do hemisfério norte tem importância histórica e com podemos perceber a dimensão de sua abrangência.

Na opinião dos autores citados, os custos que abrangem o tratamento da dor foram pouco explorados e descrevem dois fatores fortemente envolvidos. O primeiro foi relacionado ao alívio da dor, então visto em termos subjetivos como o alívio do sofrimento. Esta perspectiva dificulta colocar preço em conforto. Dessa forma, os

questionamentos sobre custos foram minimizados, tanto quanto os resultados assistenciais, então voltados para a qualidade de vida e pouco com a morbidade, período de tempo em que o paciente permaneceu com dor ou com o custo do tratamento (FERRELL; GRIFFITH, 1994).

A segunda razão com a desatenção aos custos para o alívio da dor é que, inicialmente, esse tratamento era limitado aos medicamentos orais e intramusculares, ambos relativamente baratos. No entanto, o desenvolvimento de infusões parenterais, técnicas cirúrgicas e procedimentos anestésicos diversificaram as opções de tratamento e resultaram no aumento das despesas (FERRELL; GRIFFITH, 1994).

Por essa razão a via de administração medicamentosa pode facilitar economicamente o controle da dor. As sugestões dos autores são reconhecidas e consideradas na atualidade. Ferrell e Griffith (1994); Bloor et al. (1994), sugeriram a via oral como a primeira via de escolha para a administração medicamentosa, por ser o método menos invasivo e o de menor custo. Thomsen et al. (1999, p.918-923) apontam ainda, a redução de custos para a morfina via oral (embora o custo dos opiáceos de liberação longa aumente em 74% o valor da dose, comparado ao opiáceo de curta ação). Os autores citados, juntamente Bloor et al. (1994) sugerem, como segunda opção, a via transdérmica; consideraram o tempo dos profissionais envolvidos no tratamento, o custo dos equipamentos e cuidados ambulatoriais. Os custos ambulatoriais para a administração de morfina parenteral excedem consideravelmente ao valor do medicamento. Isso ocorre com a utilização de equipamentos específicos para a infusão (FERRELL; GRIFFITH, 1994).

Os autores acrescentam que, entre os analgésicos opiáceos prescritos ambulatorialmente, ocorre uma diferença de preços que está relacionada à multiplicidade de agentes opiáceos, à variedade de indústrias ou à multiplicidade de opiáceos prescritos, resultando em custos significativos para o paciente e familiares.

Igualmente importantes aos custos, encontram-se as áreas de assistência relacionadas à política de saúde, ao acesso aos cuidados e às perspectivas regulamentares sob o ponto de vista ético e legal (FERRELL; GRIFFITH 1994).

Com relação à política de saúde e ao acesso dos pacientes em estados dolorosos crônicos à terapia medicamentosa, o Senado dos Estados Unidos citado por Joranson (1994) comenta que, em 1990, mais de 10% de todos os gastos para

com a saúde foram destinados a prescrições medicamentosas e que a maioria das prescrições médicas fora coberta pelos pacientes, ainda que idosos ou pessoas de baixa renda. O autor comenta também que pacientes com seguro total de saúde para prescrição medicamentosa e visitação médica ambulatorial têm 50% mais prescri es àqueles que não dispõem de seguro de saúde, situa o que afeta o controle dos processos dolorosos (WEINER et al. citado por JORANSON, 1994).

Atualmente, somente as dores lombares podem levar a quase 149 milhões de pessoas por ano a obterem licenças trabalhistas. Os custos de tratamento para essa condi o ultrapassam US\$ 100 bilhões anuais e aumentaram quase 75% desde 1987 (MEHTA et al., 2016; TURK, 2002).

A dor crônica torna-se um problema dispendioso quando observada sob a  tica da eficácia clínica e custo-efetividade dos tratamentos mais comuns. Estudo avaliou a efetividade dos tratamentos clínicos farmacológicos, programas de reabilita o da dor e demais tratamentos invasivos. Guardada as especificidades, as terapias disponibilizadas não eliminaram totalmente a dor para a maioria dos pacientes. Os tratamentos farmacológicos apresentaram uma melhora significativa do quadro clínico dos pacientes. As modalidades alternativas de tratamento da dor também foram eficazes. Houve redu o dos níveis álgicos, menor utiliza o dos serviços de saúde, retorno das atividades funcionais e laborais dos pacientes, redu o de demandas por incapacidade e substancialmente menos consequências iatrog nicas e eventos adversos. As tecnologias duras (cirurgia, estimuladores da medula espinhal), parecem ter benefícios substanciais em alguns critérios de resultados para pacientes cuidadosamente selecionados. Essas modalidades, no entanto, são onerosas. Os programas de reabilita o da dor são significativamente mais econômicos do que a utiliza o de tecnologias d tras (implante de estimuladores da medula espinhal, e cirurgia) mesmo para pacientes selecionados (TURK, 2002).

Em Portugal, a dor crônica também onera os cofres públicos, não somente com o tratamento, mas com os custos indiretos envolvidos. Os absenteísmos no trabalho são mais evidentes entre a popula o acima de 45 anos em decorrência da doença. As questões trabalhistas ultrapassam os custos diretos com medicamentos e serviços de saúde. Estima-se que Portugal gaste anualmente cerca de 4611 milhões de euros com a dor crônica, nos quais 1997 milhões são destinados às

despesas diretas (despesas relacionadas com consultas, exames, tratamentos e medicamentos para a dor), e 57% do total representa os custos indiretos: absentismo, aposentadorias precoces e a perda do emprego. Os altos índices levaram o governo português a promover políticas públicas de prevenção e controle da dor (AZEVEDO, 2014).

No BRASIL, as lombalgias são citadas como sendo uma importante causa de custos diretos e indiretos necessitando que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção, de tratamento e reabilitação, mediante o olhar das políticas públicas de saúde (TAVARES NETO et al., 2013; MEZIAT FILHO; SILVA, 2011).

O custo da Saúde no tratamento da dor tem implicações abrangentes, as quais envolvem o conceito de saúde e as políticas de saúde, e os processos decisórios de gestão que garantem os subsídios financeiros para os distintos níveis de complexidade.

Nos Estados Unidos aproximadamente 26% das internações não programadas de pacientes oncológicos foram relacionadas à dor não controlada, onerando em 5 milhões de dólares os cofres públicos, em um ano. Esse ônus poderia ser evitado com medidas de controle da dor e cuidados paliativos.

No sistema público brasileiro, o tratamento da dor no domicílio reduziu o tempo de hospitalização, representando uma redução de 12% no custo total da internação; no sistema de saúde privado os índices chegaram em até 14% do valor total do tratamento durante a hospitalização. Além da influência na qualidade de vida do paciente, é possível medir, o impacto econômico produzido pelo manejo adequado da dor crônica e o que ela representa na saúde pública e privada no país (KRAYCHETE,2015).

## **2.7 Implicações legais relacionadas ao controle da dor crônica**

O consumo mundial de opiáceos, ao longo de décadas, foi notoriamente motivo de divergências culturais e legais em diversos países. Por essa razão, países membros da OMS, em convenção internacional, acordaram a regulamentação de comércio e consumo de algumas substâncias potencialmente causadoras de



dependência física ou psíquica, denominadas de narcóticos ou psicotrópicos (MARTELETE, 1992, p.25-27).

O Brasil, em consonância com as leis internacionais, também adotou medidas de controle dessas substâncias, valendo-se de dispositivos legais, juntamente à criação de departamentos governamentais de incumbência fiscalizadora e reguladora que se mantêm atualmente em vigência (MARTELETE, 1992, p.25-27; BRASIL, 1999).

Atualmente as leis nacionais que regulamentam o consumo e comércio de fármacos controlados estão sob a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 e Portaria 344, de 12 de maio de 1998 alterada pela Resolução 249/02 – ANVISA. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fiscaliza e controla os entorpecentes e psicotrópicos no país, com base nas leis que regulamentam o comércio dessas substâncias.

## **2.8 Políticas públicas: do sistema único de saúde às redes de assistência à saúde**

A política nacional de saúde estabelece o direito individual e coletivo ao acesso igualitário aos cuidados em saúde, não sendo ofertada como mérito ou filantropia, mas com valores estabelecidos nos princípios da igualdade e equidade (PAIM, 2009 citado por BAETA, 2016).

Paim (2009, p.13) define o sistema de saúde como sendo “o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”. Para concretizar-se como um sistema de saúde, a organização, a gestão, a infraestrutura e a oferta de cuidados devem coexistir (PAIM, 2009 citado por BAETA, 2016).

Um dos preceitos do SUS é que a organização da atenção à saúde deva se dar a partir das necessidades de saúde da população.

Considerando que a atenção primária é a porta de entrada preferencial do SUS, é neste âmbito que se necessita compreender o conceito de necessidades de saúde, como uma condição para organizar o sistema de saúde e planejar a oferta de serviços à população. As necessidades de saúde constituem uma necessidade social cuja definição é complexa e envolve diversos atores sociais - profissionais, gestores, população e usuários, e diversas perspectivas sobre elas. As

necessidades envolvem as vulnerabilidades traduzidas nas vivências individuais e os meios necessários para obter a saúde individual e da coletividade (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

O trabalho em saúde voltado para atender às necessidades de saúde objetiva ofertar uma assistência mais abrangente e qualificada (CECÍLIO, 2009 in PINHEIRO; MATOS, 2009). Nesse sentido, no desenvolvimento de sua prática diária, o trabalho do profissional de saúde deve ter como meta a satisfação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença. As chamadas necessidades sentidas e que são demandadas pelos pacientes ao buscarem serviços de saúde.

Entretanto, é importante mencionar que o conceito de necessidades de saúde é mais abrangente e engloba outras condições que refletem a singularidade dos processos saúde-doença de indivíduos e famílias e as particularidades dos processos de produção e reprodução social dos distintos grupos sociais.

Alguns autores classificam as necessidades de saúde em quatro grupos distintos: as que representam boas condições de vida; a possibilidade de acesso e consumo das variadas tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; o estabelecimento de vínculos afetivos e eficazes entre os profissionais, equipe e usuários; e as necessidades individuais para alcançar autonomia no modo de viver de cada um (CECILIO, 1999; SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

As boas condições de vida compreendem os condicionantes ambientais externos que determinam o processo de ser saudável e adoecer, sobre a história natural das doenças, as que inserem o homem no processo produtivo em sociedades capitalistas descritas por Marx. O consenso a respeito do modo de viver dos indivíduos representa as diferentes necessidades de saúde (CECILIO, 1999; SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

As necessidades de acesso e consumo das variadas tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida são uma categoria que instiga uma abordagem sobre as diferenças entre acesso e acessibilidade. Acesso está relacionado à utilização dos serviços, enquanto acessibilidade à possibilidade de chegar até ele, e que dependerá dos fatores sociais, culturais e políticos para a oferta de serviços (SOUZA et al., 2008; BERTOLOZZI, HINO, 2010). A utilização de cada tecnologia de saúde é delineada de acordo com as necessidades individuais

em específicos momentos da vida (CAMPOS, 1992 citado por FERTONANI et al., 2015; CECÍLIO, 2009 in PINHEIRO; MATOS, 2009).

A necessidade enquanto vínculo com um profissional ou equipe vai além da adscrição. Nesta concepção, busca-se a formação de uma relação pessoal intranferível, contínua e acolhedora para com o usuário. Tais competências técnicas requerem habilidades dos profissionais de saúde para que propiciem à população sua independência em circunstâncias hostis (MORAIS et al., 2009; CECÍLIO, 2009 in PINHEIRO; MATOS, 2009).

A necessidade individual de independência caracteriza-se pela valorização de informação e educação em saúde, como sendo parte de uma dinâmica de construção da autonomia de cada pessoa. A independência decisória resulta na possível reordenação dos significados, nas escolhas de modos de viver de cada sujeito, e os esforços individuais para suprir amplamente as necessidades (CECÍLIO, 2009 in PINHEIRO; MATOS, 2009; MORAIS et al., 2009).

No caso da dor crônica, objeto deste estudo, a literatura nacional não tem mostrado esta queixa ou demanda como uma necessidade de saúde relevante no âmbito das políticas públicas no Brasil, diferentemente de outros países (POSSO; PALMEIRA; VIEIRA, 2016). Não há estatísticas nacionais sobre sua prevalência, mas apenas estatísticas de serviços de saúde, em geral hospitalares (NASCIMENTO; COSTA, 2015; MENDEZ et al., 2017; SIQUEIRA, 2014). Portanto, a Epidemiologia que é uma ferramenta importante para apontar os problemas de saúde de maior relevância para os gestores implementarem ações e organizarem a atenção, apresenta uma lacuna de informações no caso da dor crônica. Desta forma, cabe aos profissionais da atenção primária fazer estes levantamentos em seus próprios territórios e inserir estes dados em sistemas informatizados que possam servir de referência para os gestores municipais entenderem a magnitude e as características desta necessidade de saúde, a dor crônica (NASCIMENTO; COSTA, 2015; MENDEZ et al., 2017; SIQUEIRA, 2014).

Considerando as quatro categorias de necessidades de saúde mencionadas anteriormente (CECÍLIO, 2009 in PINHEIRO; MATOS, 2009; MORAIS et al., 2009), pode-se definir no âmbito da atenção primária ações para enfrentar o problema da dor crônica com a construção de projetos terapêuticos singulares a partir das condições de vida dos indivíduos e de suas famílias, garantindo acesso às

tecnologias de saúde necessárias em cada situação e em cada etapa da vida, acolhendo os pacientes em dor, vinculando-se a eles por meio de relações empáticas, de confiança, estimulando a autonomia e a corresponsabilização dos pacientes em relação ao seu autocuidado em saúde (OLIVEIRA, 2011; MENDEZ et al., 2017).

Tudo isso envolve mudanças nos processos de trabalho desde o acolhimento nas unidades básicas de saúde até a atenção em níveis de complexidade mais elevada. O conjunto de arranjos tecnológicos da rede assistencial voltados para o atendimento das necessidades sociais de saúde se dá conforme certos modelos, chamados modelos assistenciais.

### **2.8.1 Os modelos de atenção: denominações e conceito**

A denominação “modelo assistencial” é empregada de forma heterogênea nas variações terminológicas apresentadas como “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos”, “modos de produzir saúde”, “modelos assistenciais”, “modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial”, “modos de intervenção”, “modelos de atenção”, ou “modelos de cuidado”. A diversidade de denominações e de abordagens torna complexa a tarefa de conceituar o modelo assistencial (FERTONANI et al., 2015). Contudo, numa abordagem mais ampliada, o modelo assistencial alude às formas de uma sociedade produzir saúde, sua organização nas ações que irão solucionar os problemas da coletividade, e o emprego de tecnologias e cuidados para almejar este fim. Neste contexto, os modelos de assistência assumem diferentes características em diferentes épocas, dependendo das opções políticas, disponibilidades tecnológicas, fatores culturais e as concepções de saúde numa determinada sociedade (BAETA, 2016; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007 in: MOROSINI; CORBO, 2007).

Ferreira (2013) relata que para compreender o significado de um sistema de saúde, requer que entendamos a maneira pela qual os serviços se desenvolvem e os modelos nos quais a atenção à saúde se organiza (FERREIRA, 2013 citado por BAETA, 2016).

Na trajetória histórica da saúde em nosso país observam-se vários modelos de assistência, entretanto, os processos organizativos das políticas públicas em

saúde concretizaram dois modelos hegemônicos: o da medicina privada, designado modelo assistencial privatista e o sanitarista. Ambos coexistindo com proposituras dicotômicas e atuações complementares.

Historicamente, os modelos de atenção à saúde no Brasil protagonizaram transformações nas últimas quatro décadas. Discussões a respeito dos modelos assistenciais desenvolvem-se com a crítica sobre as formas de organizar e gerir os serviços de saúde, as práticas dos profissionais na área técnica, no campo político e acadêmico, concebendo duas abordagens principais. A compreensão conceitual da expressão “modelo assistencial” e dos vários termos utilizados, e a prerrogativa de um modelo emergente norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142, de 1990, que instituíram o SUS, o controle social, como também o conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição de 1988 (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b; FERTONANI et al., 2015). Os termos utilizados que expressam o modelo assistencial e um modelo norteado pelos princípios do SUS constituíram-se em última instância no modelo de atenção direcionado para a qualidade de vida, efetividade, equidade e necessidades de saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O modelo “tecnoassistencial” sugerido por Merhy (2002 citado por FERTONANI et al., 2015), congrega as “tecnologias do trabalho em saúde” e as ações assistenciais em “tecnologias do cuidado”. As tecnologias foram classificadas em três categorias: a tecnologia leve, leve-dura e dura. Nesta visão do autor, os investimentos devem ser concentrados nas necessidades dos usuários com ênfase nas relações interpessoais (leves), em oposição ao enfoque nas tecnologias duras versadas nos equipamentos, ou, leve-duras estabelecidas nas normas e nos materiais (MENDES, 2011; MERHY, 2002 citado por FERTONANI et al., 2015).

Campos (1992; 1994), entende que o modelo assistencial ou modelo tecnológico ou modalidade assistencial, não deve ser limitado ao âmbito técnico e administrativo dos serviços, mas deve ser estendido às formas de produzir a assistência e como o estado se estrutura para resolver esta dinâmica (CAMPOS, 1992; 1994 citados por FERTONANI et al., 2015).

Mendes (2012) articula os modelos de atenção à saúde nacional e internacional, concebendo o modelo como:

[...] sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS [Redes de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família, adotada prioritariamente como modelo de atenção primária no Brasil, tem como finalidade a reorganização da prática assistencial direcionando o olhar para o núcleo familiar, convívio social e situações de vida, dialogando as práticas de “promoção, proteção e recuperação da saúde; possibilita também a realização de uma atenção à saúde desmedicalizante, que permite uma maior expressão de pequenos movimentos em prol do resgate da autonomia dos usuários (ROSA; LABATE, 2005). Tal estratégia é considerada um modelo de atenção que compreende a saúde como um direito do cidadão representada em melhores condições de vida, resolutividade na assistência, integralidade dos serviços e humanização das ações (ROSA; LABATE, 2005; FERTONANI et al., 2015).

Para Fertoni et al. (2015), o “modelo assistencial” configura uma expressão com múltiplos e complexos sentidos. Contudo, todos confluem para a organização dos serviços de saúde, as ações dos profissionais e como realizam suas práticas, os valores da sociedade que embasam o conceito de saúde e o direito à vida. O autor compreende que na ordenação de um “modelo assistencial” variados componentes dialogam entre si, intervindo no conceito de distintas práticas assistenciais articuladas à distintas circunstâncias históricas e culturais. Têm-se como exemplo, o conhecimento dos profissionais, as tecnologias disponíveis, o grau de organização e valores orientadores, a estrutura legislativa e o papel do estado representado nas ações políticas e de gestão (FERTONANI et al., 2015).

Os “modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde” são ainda interpretados por Paim (2001) citado por Fertoni et al. (2015) como arranjos tecnológicos ordenados de acordo com os problemas de saúde, ou, danos e riscos, os quais abrangem o perfil epidemiológico populacional que revelam as “necessidades sociais de saúde” factualmente estabelecidas. O modelo assistencial não faz alusão aos preceitos, ou diretrizes, mas pensamentos diversos que comunicam as práticas em saúde (PAIM, 2001 citado por FERTONANI et al., 2015).

Baeta (2016) relata que os modelos assistenciais podem atender a uma demanda espontânea que caracteriza o modelo de liderança médica, ou, para as necessidades de saúde que abrange a esfera da saúde pública manifestada nos programas e campanhas previamente definidos. No Brasil, ambos os modelos coabitam de formas opostas ou complementares: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitaria (BAETA, 2016).

O modelo médico-assistencial privatista tem sido o mais notório, influente e predominante no país. Este modelo exprime o olhar para o indivíduo que procura os serviços assistenciais de saúde por livre iniciativa. Por conseguinte, as populações que desconheçam os problemas de saúde ou as medidas preventivas deixarão de ser beneficiadas pelo sistema de saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; LUCENA et al., 2006).

O modelo assistencial fortalece a procura dos serviços quando a doença se manifesta. Neste cenário, a preocupação institucional para com a assistência dimensiona-se em absorver o usuário e organizar os recursos destinados a reduzir uma pressão de demanda espontânea e desordenada. Por vezes, “a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, que determinaria o consumo de serviços médicos”. Este modelo origina-se na “assistência filantrópica” e na “medicina liberal” revigorado na abrangência da previdência social e firma-se na atuação médica individual, mas não exclusiva ao setor privado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

As práticas médicas ainda se encontram sob forte influência da concepção flexneriana e da fragmentação dos conhecimentos durante os processos de ensino-aprendizagem (COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016; GONÇALVES et al., 2011; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Historicamente a formação médica, e as bases da medicina científica inclinaram para a identificação dos agentes infecciosos. Neste sentido, os progressos da microbiologia possibilitaram que a medicina movesse e consolidasse o centro de percepção nas doenças, como “fenômenos sócio históricos”, para o território da biologia. Paulatinamente o modelo biomédico foi estruturando-se como um saber hegemônico. O olhar para a população e o coletivo direcionou-se para o individualismo, fortalecendo o campo das especialidades médicas e consolidando as práticas fragmentadas (MOURA et al. 2010; COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016). Este modelo privilegia o médico, tomando a doença





ingeridos excessivamente; sequencialmente a dependência dos sujeitos para com prescrições médicas, e assumindo uma postura passiva e dependente do médico; a remoção da capacidade dos indivíduos de lidarem com os acontecimentos cotidianos, incluindo a dor. Segundo o autor, “a medicina moderna retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico” (ILLICH, 1975 citado por GAUDENZI; ORTEGA, 2011).

Alguns estudos evidenciam a aproximação médica da ótica biopsicossocial, na qual, o conceito ampliado de saúde é concebido e a influência dos problemas socioculturais, de saúde e pessoais como fatores associados a esta condição (COSTA; PAIVA, 2016). Nesta abordagem, a pesquisadora aborda o tema em analogia, o uso crônico de analgésicos controlados e potencialmente causadores de dependência química. A práxis dos profissionais médicos, no entanto, vem demonstrando desconhecimento a respeito de como enfrentar os problemas relacionados ao uso de substâncias causadoras de dependência (COSTA; PAIVA, 2016).

Outra vertente dos debates em saúde tem foco na proposta de organização dos serviços que vislumbra a transição de um novo modelo assistencial.

No modelo assistencial sanitaria, a oferta organizada de serviços suplementaria as ações direcionadas ao atendimento da “demanda espontânea” e aquelas realizadas partindo da implantação dos “programas especiais”, destinados a atender grupos populacionais específicos (ROZENFELD, 2000). Ele também toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças, seguindo uma perspectiva epidemiológica; utiliza meios que incorporam a tecnologia sanitária como educação em saúde, saneamento e imunizações partir da oferta programada, a qual teria o enfoque epidemiológico na medida em que a programação e a execução das ações deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população, em territórios delimitados (ROZENFELD, 2000; MOURA et al., 2010). Caracteriza-se também por ações de saúde sendo desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com olhar para o indivíduo em seu contexto familiar e ambiental de forma a operacionalizar os cuidados considerando os determinantes sociais num sistema hierarquizado e tendo a Atenção Primária a principal base de apoio humanizado e estratégico para o fortalecimento de vínculo

entre os profissionais de saúde, a população e articulação intersetorial (CARVALHO et al., 2016; MOURA et al., 2010; FORTES, 2013 citado por BAETA, 2016).

Este modelo refletiu ao longo do século XX a institucionalização da Saúde Pública no Brasil, representado pelo enfrentamento dos variados problemas de saúde populacional por meio dos programas materno infantil e combate às doenças infectocontagiosas. Frequentemente essas ações são direcionadas à resolução de determinados agravos à saúde em certos grupos populacionais, possivelmente em risco de morbidade ou mortalidade. Entretanto, os programas não abrangem a totalidade dos problemas de saúde do país. Este modelo ignora os determinantes mais amplos das condições sanitárias, desestimula a descentralização na ordenação das ações e não evidencia a integralidade na assistência (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

As formas de organização de ambos os modelos apresentados são diversas. A concentração de serviços no modelo assistencial médico privilegia a assistência hospitalar, no modelo sanitarista o foco de ações volta-se para as unidades de saúde, e a partir delas operacionalizam-se as campanhas e programas verticais do governo (ROZENFELD, 2000; AMARAL, 2010).

Neste sentido, uma abordagem abrangente sobre os preceitos do SUS são observados.

### **2.8.2 Os modelos assistenciais e a transposição de paradigmas na saúde**

Atualmente, o modelo de assistência organizado pelo SUS é o modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde. Destinam-se à integralidade da atenção e a redução dos problemas de saúde, por meio da concretização dos princípios e diretrizes da universalidade, acessibilidade, regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade, participação e controle social e equidade (LUCENA et al., 2006; Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, BRASIL, 1990a).

Este modelo sofreu influências do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, proposto por Dawson em 1920, com destaque para Atenção Primária, estruturada na atenção ao primeiro contato, hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais (PORTELA, 2017); bem como na

concepção de atenção à saúde proposta por Starfield (2002), e a Declaração de Alma Ata, a qual defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016). O modelo de saúde inglês concebia como dever do Estado gerir o sistema de saúde para atender a população com critérios de qualidade e de economicidade, adotando, portanto, medidas para reduzir os custos (COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016). Opondo-se ao relatório Flexner, Dawson propôs a reorganização dos serviços de saúde por meio de ações curativas e preventivas determinadas por áreas, locais e regiões, em níveis de atenção estabelecidos, com profissionais de saúde generalistas responsáveis pela efetivação e desenvolvimento deste modelo de assistencial (COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016).

Os níveis de atenção propostos para a organização dos serviços compreendiam os “centros primários de saúde” os quais ofereciam ações preventivas e curativas às famílias, por meio de uma equipe de médicos generalistas, enfermeiros e especialistas quando convidados. Os “centros secundários de saúde” destinavam-se a dar suporte aos centros primários e concomitantemente ofereciam cuidados especializados nos casos de agravos à saúde mais severos (COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016). Eles proporcionavam ainda o diálogo com a equipe primária sobre estes agravos, possibilitando o preparo da equipe com formação generalista de compreender as manifestações da doença e o tratamento, para que houvesse continuidade dos cuidados do paciente após sua alta hospitalar (COELHO, 2013 citado por BAETA, 2016).

As evidências de um paradigma são colocadas em questão, de acordo com normas culturais e/ou práticas, que organizam o mundo em determinado tempo e vivências (LUCENA et al., 2006). O modelo que orienta a medicina científica no ocidente se caracteriza, historicamente, por priorizar o diagnóstico da doença e sua terapêutica (KOIFMAN, 2001; LUCENA et al., 2006); pela individualidade da assistência, a ênfase nas especialidades, a fragmentação do cuidado e a visão hospitalocêntrica (KOIFMAN, 2001; LUCENA et al., 2006; CEBALLOS, 2015). Nesta lógica de atendimento, o paradigma revela a continuidade de ações que priorizam a cura, o corpo, e as especialidades relegando ao segundo plano de cuidados, a higiene e o bem viver, a psicologia, a medicina geral, e definindo escolhas políticas e econômicas (LUCENA et al., 2006).

A reorganização dos serviços de saúde na Inglaterra é atualmente percebida nas bases estruturantes da atenção primária em nosso país. No entanto, também estamos sob a influência do modelo biomédico descrito por Flexner. Tal modelo de prática da Medicina desenvolveu-se ao longo dos séculos XIX e XX e foi caracterizado como biologicista, reducionista, fragmentado, hospitalocêntrico e desvinculado do contexto social em que as pessoas vivem. Nesta visão, entende-se que os profissionais de saúde devem construir novas tecnologias de trabalho. O desafio dos profissionais, entretanto, seria concretizar a práxis no âmbito técnico, social e político, nas novas bases ideológicas e institucionais do cuidado voltado ao direito do cidadão, a uma vida digna e plena (ANTUNES; EMIKO YOSHIKAWA, 2001; LUCENA et al., 2006).

Os possíveis caminhos a serem seguidos pelos profissionais de saúde seriam superar as práticas concebidas no modelo biomédico e a apropriação de tecnologias no tratamento das doenças agudas e crônicas, apesar das fortes representações hegemônicas.

Vale salientar ainda que a interdisciplinaridade se contrapõe à assistência proposta pelo modelo biomédico, também conceitualmente presente na práxis das múltiplas categorias profissionais atuantes no SUS (LUCENA et al., 2006). A construção de práticas interdisciplinares passa pela reelaboração de saberes e práticas, considerando o compromisso e o empenho profissional para com a sociedade, no sentido de fazer a diferença para as comunidades assistidas (LUCENA et al., 2006);

Nessa perspectiva, propõe-se o avanço de tecnologias leves e a construção de ambientes mediadores entre o usuário e os profissionais da rede de assistência. A construção desse diálogo deve transcender as necessidades individuais e coletivas, para assumir o compromisso ético com a vida manifesto nas práticas laborais resolutivas, de acolhimento, formação de vínculo, e desenvolvimento de autonomia da população. Salienta-se a importância do autoquestionamento dos profissionais de saúde a respeito do impacto de suas ações no sentido de vislumbrar caminhos consonantes com as práticas interdisciplinares, na abrangência do seu núcleo de competência, responsabilidade e cuidado (MATUMOTO, MISHIMA, PINTO, 2001; LUCENA et al., 2006). Entretanto, autores apontam uma incongruência entre o intento político e a dimensão da saúde como ações de

cuidado e assistência de saúde. Os profissionais pouco conhecem o conceito de intersetorialidade. “Verifica-se que as parcerias estabelecidas entre os serviços de saúde e outros setores têm pouca sistematização, interferindo na efetividade das ações e nos seus resultados”. As ações desenvolvidas com foco intersetorial são acanhadas, impactando no fortalecimento do modelo assistencial que tem como base a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GONÇALVES et al., 2011).

### **2.8.3 A Interdisciplinaridade na assistência aos pacientes em dor crônica**

A interdisciplinaridade assume múltiplas formas de diálogos entre profissionais de saúde, gestores e instâncias intersetoriais, possibilitando a construção de caminhos para atender os usuários do SUS em suas necessidades de saúde.

A interdisciplinaridade pode ser observada na interlocução das especialidades com a clínica geral por meio do apoio matricial (ASSIS et al., 2017; BRASIL, 2014a; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017), telessaúde (DRAMOS, 2018; FARAH, 2018), e na diversidade de categorias profissionais que poderão ofertar serviços (JORGE et al., 2015) e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (BRASIL, 2015b). O planejamento das políticas públicas e de gestão congruentes à implementação de ações preventivas, e combate aos agravos de saúde se fazem necessários para promover o bem-estar da população.

“O apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2014 citado por SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017),

O apoio matricial na APS reforça a organização do trabalho em saúde, amplia o propósito das ações na ESF por meio de um diálogo interdisciplinar com profissionais de variadas categorias profissionais, em um território estabelecido; estende, também, os caminhos da integralidade e resolutividade dos atendimentos por meio de esclarecimentos dos diagnósticos, e nas possíveis condutas terapêuticas singulares (SANTOS; UCHOA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). Em alguns municípios, o apoio interdisciplinar ocorre com a intervenção do gestor municipal, em

apoio as Unidades Básicas de Saúde, visando à integralidade na assistência ao usuário do SUS (ARONA, 2009). O Núcleo de Apoio a Família (NASF) é uma equipe multiprofissional que deve atuar de maneira integrada com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, e Equipes da Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2008 - Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008; BRASIL, 2018b).

A telessaúde ou telemedicina compreende a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação – TIC para ofertar cuidados em saúde à distância, capacitações e informações destinadas aos profissionais médicos por meio de comunicação com especialistas em um espaço virtual (DRAMOS, 2018). O avanço desse novo método na saúde pública é pouco significativo. Em se tratando das manifestações dolorosas é incipiente (FARAH, 2018).

## **2.9 As Redes de Atenção à Saúde**

As lacunas encontradas entre a demanda e a assistência nas práticas do SUS, demonstram a incongruência entre a situação de saúde no Brasil e o sistema de atenção à saúde, constituindo-se um crescente problema passível de superação por meio de mudanças estruturais em sua organização (MENDES, 2015). A concepção de Redes de Atenção à Saúde apresenta como uma forma de superar a incongruência das relações entre as necessidades da população com os serviços prestados.

Em 2010, o Ministério da Saúde, Conass e Conasems acordam as diretrizes que nortearão a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2017b). A concepção de redes de atenção ganha vulto nacional numa perspectiva de viabilizar o acesso à atenção integral a população do país. Nos três anos seguintes, o governo federal concentrou esforços no sentido de implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo concebidas 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).

Redes temáticas são implantadas e acordadas de forma tripartite para os anos de 2011 a 2013. Definiram-se a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando-se ações preventivas e a redução das neoplasias. Sequencialmente, são apresentadas estratégias de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio de uma visão integrada de assistência à saúde (BRASIL, 2017b), tendo como pontos característicos:

[...] a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010).

Mendes (2015) concebe as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011 apud MENDES, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) representa um avanço na organização, nos resultados, e também na avaliação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); além de resgatar o princípio constitucional da integralidade nas regiões articuladas na conformação supramunicipal (BRASIL, 2014b). A concretização de um modelo integrado de saúde passa pela construção permanente nos territórios (PEREIRA, 2006).

Concomitante à estruturação da RAS, apontam-se críticas à organização da rede de serviços, tais como a necessidade de orientação dos usuários, a ineficiente concorrência dos serviços, a histórica fragmentação do sistema de saúde vigente, motivos para que novos recursos sejam potencializados nas instâncias dos estados e municípios (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014b), impondo desafios nas articulações horizontais e transversais da Redes.

Nesse sentido, a Atenção Primária de Saúde (APS) é concebida como ordenadora das ações de saúde e, com pontos de atenção interligados por meio de relações horizontais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017b), redefine o foco da assistência

e impõe desafios ao compromisso de desfragmentar o cuidado em um contínuo e integral acompanhamento do usuário.

### **2.9.1 Atenção integral à saúde nas Redes de Atenção do Sistema Único de Saúde**

O cuidado integral é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, Lei Orgânica, 1988) norteia às políticas públicas, e as ações programadas, com a finalidade de atender as necessidades e a procura da população nos distintos pontos de atenção à saúde e nos diferentes níveis de complexidade das ações; sejam ações na promoção de cuidados, na prevenção e recuperação de agravos (CONIL, 2004; KANTORSKI et al., 2006; MACHADO et al., 2007). De tal ordem, que a integralidade além de uma diretriz, passa a ser uma premissa de ações e valores desejáveis na instância pública da saúde, representando o pensamento solidário e de atenção a uma saúde equânime (MATTOS, 2001; SOMMERFELD, 2013). O conceito de integralidade assume distintos significados com múltiplas dimensões nos mais variados contextos (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2005; SOMMERFELD, 2013), transitando entre o modelo biomédico às considerações psicossociais que acompanham os indivíduos no processo de adoecimento (COSTA, 2004; MATTOS, 2001).

A saúde no Brasil vigora em um sistema de atenção organizado em múltiplos pontos de assistência, com distintos níveis de complexidade, e que por não ocorrer comunicação adequada entre eles inviabilizam o cuidado contínuo (MENDES, 2010) e por consequência, inviabiliza também a atenção integral a população.

No Brasil, a definição de integralidade é descrita na Constituinte, e Mattos (2001) expande seu significado em três esferas distintas: a integralidade como indicação de práxis almejadas para a promoção e manutenção da saúde, a integralidade como meio de sistematizar a práxis em saúde, e a integralidade como meios de estruturar as políticas de saúde (MATTOS, 2001; SOMMERFELD, 2013).

Mattos (2004) configura a integralidade no campo subjetivo das ações e relações interpessoais, uma “micropolítica”. Para ele, tais ações devem estar harmônicas com o contexto e também devem responder as especificidades de cada encontro com os usuários do SUS (MATTOS, 2004).



Neste sentido, o acesso ao Sistema Único de Saúde deve ser percebido não somente como sendo a entrada do usuário nos serviços públicos de saúde. O acesso à saúde deve ser percebido como a ordenação de um padrão de cuidado à saúde que deve identificar adequadamente as necessidades, demandas de saúde e representações da população, nos diversos pontos de assistência (JESUS; ASSIS, 2010; SOMMERFELD, 2013; MENDES, 2015).

Funcionalmente, a via para assistência integral abrange quatro cenários. O predomínio de ações que promovam a saúde e previnam agravos; a prerrogativa da assistência nos três níveis de complexidade do cuidado; o diálogo entre as práticas promotoras da saúde, as preventivas, de cura; e abordagem integral do usuário (GIOVANELLA et al., 2002; SOMMERFELD, 2013).

Dessa forma, o compromisso da assistência integral em saúde abrange diferentes níveis, estratificados entre as ações para com os usuários, às políticas públicas e de gestão. Em cada esfera de atuação e distintas responsabilidades, as práticas cotidianas em saúde define a organização dos serviços no campo do controle de poder entre os indivíduos (MERHY, 1997; SOMMERFELD, 2013), de tal ordem em importância, que na articulação entre os profissionais e equipes de saúde nos diversos níveis de complexidade da assistência e políticas de gestão, estejam presentes a preocupação para com o cuidado com o outro, a dimensão do conhecimento e o compromisso desses sujeitos nesse processo (AYRES, 2004; SOMMERFELD, 2013). O compromisso de assegurar a integralidade nos serviços públicos de saúde não deve ser uma prerrogativa individual do usuário, mas do sistema de saúde, estendidas às esferas de gestão (CECÍLIO, 1997; SOMMERFELD, 2013). Para Cecílio (1997), assegurar a integralidade abrange rever a dinâmica de acesso dos usuários no sistema, como também o suporte das equipes, e profissionais que compõem os serviços da rede para melhor acolherem a população e priorizarem suas carências (suas necessidades) como foco da atenção.

Nesta realidade as redes de atenção à saúde atuarão simultaneamente sobre as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011). Neste contexto, as dores crônicas deverão estar em evidência, entretanto, até o momento este tema ainda não recebeu atenção do SUS.

Para que a rede funcione efetiva, eficiente e humanizada, há que atender em todos os pontos de atenção segundo os riscos, e introduzir um novo modelo de

atenção primária às condições crônicas. Ademais, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas deverá disponibilizar condições para que as equipes de saúde da APS também atendam a demanda espontânea, realizando ações programadas e não programadas que se apresentarem nas unidades básicas (MENDES, 2011). O autor apresenta uma crítica à tradição dos sistemas de saúde que privilegiaram a atenção aos eventos agudos. Segundo o autor “esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas” (MENDES, 2011), e faz alusão ao Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model - CCM), desenvolvido nos Estados Unidos pelo “*MacColl Institute for Healthcare Innovation*” e após receber aperfeiçoamentos e atualizações propõe uma solução multidimensional para um problema complexo (MENDES, 2011).

Atualmente, o novo modelo de atenção crônica sugere que o plano estratégico para sua implantação seja priorizado pelos gestores; a assistência aos usuários em condições crônicas deva ser garantida por uma equipe multidisciplinar atuando com ações programadas individuais e em grupo, apoiada em condutas clínicas baseadas em evidências; inclusão de diretrizes clínicas concomitante a educação permanente; organizar o sistema de informação do usuário por meio de prontuários clínicos informatizados que possibilitem identificar necessidades segundo os riscos; e incentivar o autocuidado. Esses componentes mostram conexões que possibilitam desenvolver usuários esclarecidos, diligentes e profissionais de saúde aptos para conduzir ações eficazes para a população (MENDES, 2011).

Embora a dor crônica não seja reconhecida pelo MS como uma doença crônica, sua frequente manifestação suscita ações que possibilitem conhecer sua prevalência, a dimensão deste problema de saúde, e meios eficazes para preveni-la e minimizá-la, compatíveis com o Modelo apresentado por Mendes (2011).

### 3 METODOLOGIA / MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Caminho metodológico

O reconhecimento de que o objeto das ciências sociais é intrinsecamente ideológico, ou seja, impregnado pela visão de mundo do pesquisador, coloca em evidência que a relação entre sujeito e objeto não é de exterioridade, mas de identidade, estando ambos comprometidos. Nesse sentido, Demo (1994) afirma que “Quando estudamos a sociedade, em última instância, estudamos a nós mesmos, ou coisas que nos dizem respeito socialmente”.

Um segundo pressuposto diz respeito ao processo de apreensão do objeto, ou seja, às decisões sobre a opção metodológica mais adequada, o caminho e os instrumentos escolhidos pelo pesquisador para abordar um contexto social definido (MINAYO, 2010). Concordando com Minayo, entende-se que o método vai além de um conjunto de técnicas e procedimentos que permitem a apreensão objetiva da realidade, incluindo também as concepções teóricas de abordagem dessa realidade. Em decorrência disso, teoria e técnicas passam a ser inseparáveis.

No presente estudo, algumas escolhas e recortes teóricos foram feitos. O primeiro deles foi a escolha de um tema invisível à política de saúde vigente em nosso país, apesar de sua importância enquanto problema de saúde pública - a dor crônica. Por ser enfermeira e ter atuado profissionalmente durante muitos anos na área hospitalar, cuidando de pacientes com dor crônica, desenvolvi um interesse pelo tema e uma preocupação com o acolhimento destes pacientes pelo sistema de saúde, após deixarem o hospital.

Ao inserir esta temática no contexto do SUS, a escolha da rede básica de saúde para estudá-lo decorreu da relevância de seu papel como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS. É primordialmente neste *locus* que a universalidade, o acesso e a equidade se concretizam, ou não. Entretanto, quando se refere à integralidade, outros níveis assistenciais e o acesso a tecnologias especializadas devem ser incorporados ao estudo do tema, com a perspectiva da organização de redes de atenção à saúde. Daí a escolha de incluir as unidades de Pronto Atendimento 24 horas e o ambulatório especializado em dor.

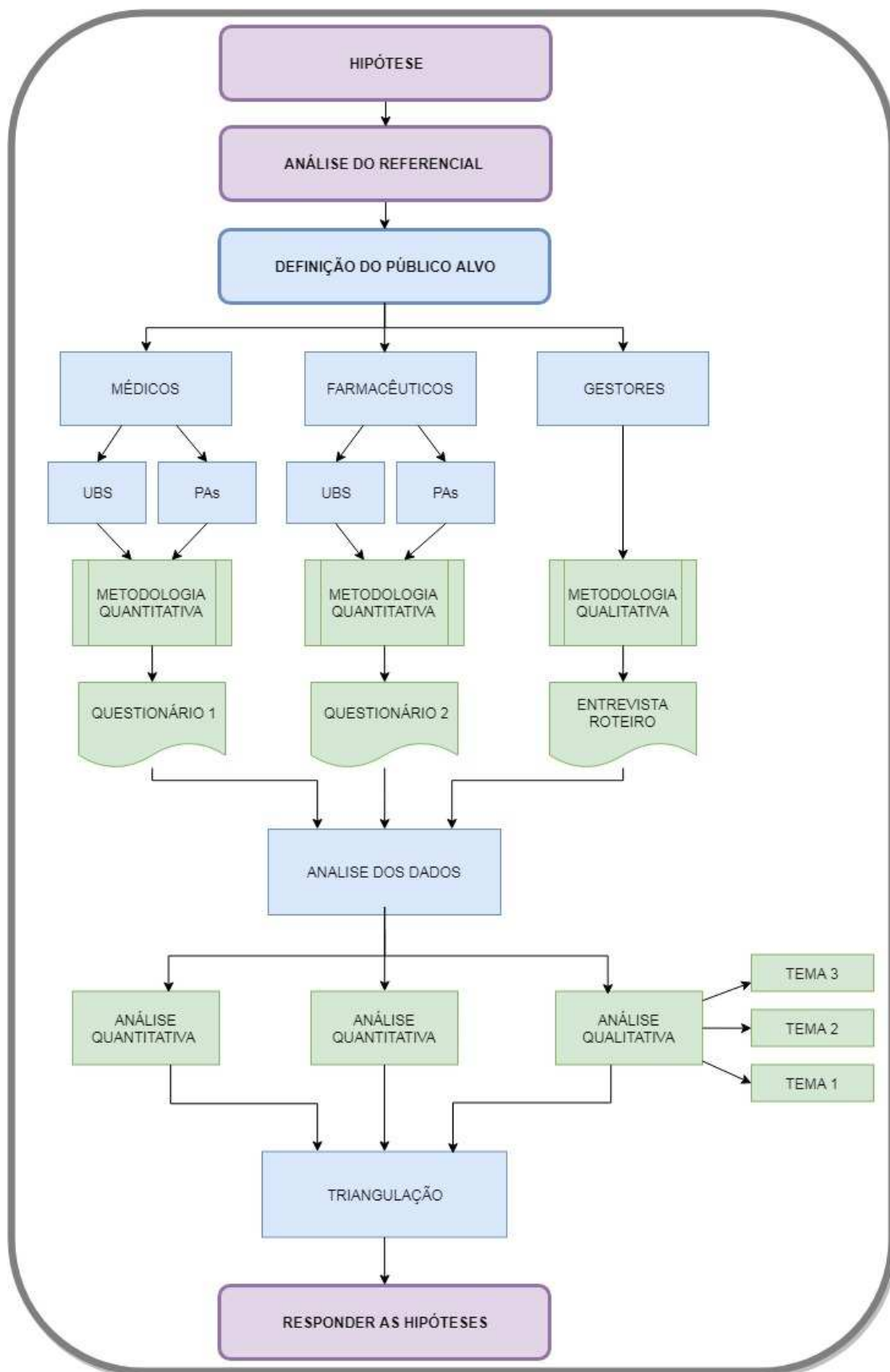
Finalmente, o enfoque do estudo a partir da visão dos profissionais, médicos, farmacêuticos e gestores, ressalta a centralidade que os sujeitos ocupam no processo de cuidado em saúde. A fala destes atores, como material empírico de análise permite conhecer sua visão de mundo e, como consequência, a conformação das práticas técnicas e sociais de cada categoria profissional. Os médicos, como atores centrais das decisões clínicas em um modelo preponderantemente biomédico; os farmacêuticos, pelo objeto intrínseco de sua prática profissional que são as intervenções medicamentosas e os gestores, enquanto formuladores e executores da política municipal de saúde.

Tendo em vista que o elemento mais importante para nortear as escolhas relativas ao desenho do estudo é a adequação entre a metodologia e os questionamentos do pesquisador à realidade empírica, delimitada enquanto objeto, nesta pesquisa optou-se pela utilização de duas abordagens: uma quantitativa, utilizando-se questionários estruturados aplicados a médicos e farmacêuticos da rede, e outra qualitativa por meio de questionários semiestruturados aplicados na forma de entrevista para dois grupos distintos de participantes, o médico especialista que atua no ambulatório de dor e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente estudo foi embasado pela premissa de que ambas as metodologias não são opostas, contraditórias ou mutuamente exclusivas, mas complementares, não existindo qualquer hierarquia quanto ao grau de cientificidade de cada uma. Entendemos que ambas podem contribuir efetivamente para o conhecimento desde que utilizadas dentro dos limites de suas especificidades. Ambas abordagens partem de paradigmas próprios, ou seja, de um conjunto de pressupostos sobre a natureza do mundo natural e social, que constituem marcos conceituais e filosóficos norteadores do processo de investigação científica. Consequentemente, o instrumental que utilizam também é específico a cada uma delas.

O fluxograma a seguir apresenta o caminho metodológico realizado neste estudo.

Figura 3 – Fluxograma do caminho metodológico do estudo



Fonte: Primária (2017).

### **3.2 Metodologias qualitativas em saúde**

As metodologias qualitativas enfocam a natureza dinâmica e negociada do mundo social, que não é estático, mas mutável e constituído de múltiplas realidades. Minayo comenta que determinados aspectos da realidade social (valores, opiniões, atitudes, crenças) não podem ser apreendidos por meio de mensurações numéricas. A autora menciona a hermenêutica como uma das correntes que busca dar sentido e significado aos fenômenos sociais e que se interessa pela interpretação e significado da linguagem e do comportamento humano e das instituições. Para isso, estas abordagens atribuem maior importância à perspectiva dos sujeitos (MINAYO, 1992).

As abordagens qualitativas buscam uma objetivação do fato social e afirmam que toda objetividade é sempre relativa. Utilizam-se principalmente de palavras que os atores sociais utilizam simbolicamente como forma de expressar a sociedade em que vivemos. O pesquisador busca hipóteses e teorias a partir da compreensão que os indivíduos têm de sua própria realidade. A análise usa o raciocínio indutivo, o pluralismo, objetivando contextualizar, interpretar e compreender as perspectivas dos atores.

Nas metodologias qualitativas, o pesquisador desempenha papel central, empático e imbricado no processo investigativo (PEDERSEN, 1991; MINAYO, 1992; GUBA; LINCOLN, 1994).

Objetos de estudo que buscam apreender questões cuja complexidade temática e abrangência demandam distintas possibilidades de abordagem oferecem terreno propício para superar a suposta incompatibilidade de metodologias, ultrapassando o debate qualitativo-quantitativo, em busca da compreensão da realidade. A nosso ver, este é o caso do presente estudo.

### **3.3 Métodos quantitativos em saúde**

As metodologias quantitativas fundamentam-se em princípios segundo os quais o mundo natural opera de acordo com leis causais; a observação sensorial é a base da ciência; a realidade consiste de dados brutos e objetivos, por um lado e, crenças e valores, que são subjetivos, por outro. Os dados relativos à realidade social podem se tornar objetivos se forem identificados, verificados ou medidos por

instrumentos padronizados e traduzidos em números, variáveis e indicadores. O propósito do pesquisador é testar hipóteses e teorias usando instrumentos formais como manipulação, controle, experimentação. A força de suas afirmações e conclusões é obtida através de análises estatísticas. A análise utiliza o raciocínio dedutivo, consenso, norma, explicações causais, generalização. O rigor científico é assegurado pelo método e pela busca do máximo de neutralidade do pesquisador, que assume papel parcial e secundário no processo metodológico (MINAYO; SANCHES, 1993).

No presente estudo, optou-se por uma abordagem com delineamento transversal quantitativo observacional do tipo inquérito realizado nos serviços municipais do SUS de Joinville. Foram aplicados questionários para profissionais médicos clínicos gerais e de família, e para farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde, Farmácia Escola e nas três unidades de Pronto Atendimento 24 horas (PAs 24hs).

### **3.4 O Universo da pesquisa**

O estudo foi conduzido com duas abordagens distintas, no período entre agosto de 2015 e março de 2018.

Inicialmente, o estudo com delineamento transversal quantitativo observacional do tipo inquérito realizado nos serviços municipais do SUS de Joinville entre profissionais médicos clínicos gerais e de família e farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde, nas três unidades de Pronto Atendimento 24 horas (PAs 24hs), com início em dezembro de 2015 e término em fevereiro de 2017.

A etapa consecutiva foi conduzida por meio de abordagem qualitativa, utilizando-se questionário semiestruturado e aplicado a gerentes responsáveis pela rede básica de saúde municipal, e ao profissional médico que atua no serviço especializado para tratamento de dor crônica localizado no Hospital Municipal São José. As entrevistas ocorreram de novembro de 2016 a abril de 2017.

Joinville é um município localizado na região Sul do país considerado polo da microrregião nordeste do Estado de Santa Catarina, sendo a maior cidade catarinense com uma população de 569 mil habitantes (JOINVILLE, 2016). A cidade

possui um dos mais altos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,809) entre os municípios brasileiros, ocupando a 21ª posição nacional e a quarta entre os municípios catarinenses (BRASIL, 2014c; KRÜTZMANN, 2013; STEGLICH, 2015). É responsável por cerca de 20% das exportações catarinenses e constitui o 3º polo industrial da região Sul, concentrando grande parte da atividade econômica na indústria, com destaque para os setores metalomecânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico. O Produto Interno Bruto de Joinville também é um dos maiores do país, em torno de R\$18.473.990,00 por ano. Tal nível de desenvolvimento reflete-se em bons indicadores sociais e de saúde (JOINVILLE, 2016).

### **3.5 Campo do estudo: O SUS em Joinville**

O estudo de campo se desenvolveu na esfera administrativa da SMS de Joinville, rede básica de saúde, PAs 24hs do referido município e serviço especializado no tratamento da dor no HMSJ.

Nos anos de 2015 e 2016, a rede básica de Joinville passava por um processo de ampliação de sua capacidade instalada com a construção de novas unidades e a ampliação das unidades já existentes. Em dezembro de 2015, no início da coleta de dados desta pesquisa, a rede estava reorganizando sua estrutura gerencial, ampliando o número de coordenações. Neste período, as nove Regionais de Saúde foram reagrupadas em três grandes áreas denominadas Distritos Norte, Centro e Sul, as quais congregam 20 coordenações regionais, sendo cada uma individualmente responsável pelo gerenciamento de duas a cinco Unidades de Saúde.

A rede é composta, atualmente de 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se organizam segundo três modelos distintos de atenção, sendo 39 delas Estratégia Saúde da Família (ESF), dez Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), seis unidades com modelo convencional, uma localizada dentro do presídio de Joinville e uma apenas com equipes de saúde bucal. A cobertura populacional destes modelos de atenção primária é, respectivamente, 45,8%, 31,8% e 22,4% (JOINVILLE, 2016).



A atenção especializada abrange 17 serviços ambulatoriais e hospitalares que oferecem assistência e servem como retaguarda para a atenção básica, dando suporte no diagnóstico e tratamento de doenças e condições específicas de certos grupos populacionais, tais como pessoas com necessidades especiais, patologias labiopalatais, distúrbios psíquicos, entre outros (JOINVILLE, 2016).

Joinville possui três unidades de Pronto Atendimento (PAs) municipais localizados nas regiões sul, norte e leste, que funcionam 24 horas e prestam assistência em situações de urgência, mediante demanda espontânea ou encaminhamentos da rede básica (JOINVILLE, 2016).

O município conta ainda com uma rede hospitalar formada por oito hospitais, sendo três públicos, um filantrópico e quatro privados. Esses hospitais prestam serviços de urgência e emergência, consultas médicas especializadas, internação hospitalar de urgência e eletiva e cirurgias, direcionando suas atividades conforme as vocações definidas para cada um deles. Os hospitais gerais públicos que atendem adultos são o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt com 279 leitos e o Hospital Municipal São José com 260 leitos (JOINVILLE, 2016).

Com relação ao tratamento dos pacientes com dor crônica, existe um ambulatório especializado que funciona no Hospital Municipal São José, principalmente para pacientes oncológicos acompanhados no referido hospital. O acesso a este ambulatório não se dá por intermédio da Regulação da SMS, mas por um fluxo interno do HMSJ estabelecido informalmente para prestar atendimento aos pacientes oncológicos e aos portadores de dor crônica. Em decorrência da elevada demanda, são priorizados os pacientes oncológicos e aqueles com dores crônicas após cirurgias realizadas no próprio hospital. O centro de referência na especialidade de Oncologia dispõe de uma unidade de internação, setores de tratamento quimioterápico e radioterápico, além de ambulatório destinado às consultas oncológicas e atendimento aos pacientes com dor maligna. Os dados relacionados ao ambulatório foram fornecidos pelos profissionais do setor central da administração do HMSJ, e o médico da dor, tendo em vista que o referido hospital não disponibilizou documentos com informação específica sobre a criação e organização deste setor. Os pacientes em dor crônica não maligna com indicação para tratamento especializado eram encaminhados diretamente pelos médicos que sabiam da existência do serviço. Atualmente, somente os pacientes com dor crônica

oriundos do hospital são atendidos. Quando necessário, os pacientes recebem tratamentos invasivos com anesthesiologistas especializados no tratamento da dor, no Hospital Municipal São José. Salienta-se que os pacientes em dor crônica das unidades básicas não são atendidos no ambulatório da dor do HMSJ, ou outro centro especializado do SUS, nesta área.

### **3.6 Procedimentos metodológicos quantitativos**

A primeira etapa do estudo foi desenhada utilizando métodos quantitativos e desenvolveu-se de fevereiro a dezembro de 2016. Foi um estudo observacional, transversal do tipo inquérito, realizado em serviços de saúde com a aplicação de um questionário para os médicos clínicos e os farmacêuticos que atuavam na rede básica de saúde e nos PAs 24hs de Joinville durante o período do estudo.

Antes de iniciar a coleta dos dados foi realizado um piloto com 8 médicos que atuavam em unidades básicas de saúde e 2 farmacêuticos da Farmácia Escola, os quais não foram incluídos no estudo. Após serem consideradas as sugestões dos dez participantes e realizadas as devidas correções nos questionários, deu-se início à coleta de dados.

#### **3.6.1 Critérios de seleção dos participantes**

Os convidados a participar da etapa quantitativa compreenderam 203 profissionais, 176 médicos, 17 farmacêuticos e os dez profissionais que participaram do piloto.

Os critérios de inclusão para os médicos foram: estarem atuando como clínicos gerais ou médicos de família e comunidade na assistência direta aos pacientes portadores de dor crônica em dois diferentes níveis do sistema público de saúde de Joinville: rede básica municipal e unidades de Pronto Atendimento 24hs. Da mesma maneira, os critérios para selecionar os farmacêuticos foram: estarem atuando na assistência direta aos pacientes portadores de dor crônica na rede básica de saúde e nas unidades de Pronto Atendimento 24hs; estarem cientes da pesquisa (aprovada no CEP com nº do Parecer: 1.334.623), orientados a respeito

dela, aceitarem participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice B).

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam afastados do trabalho devido à licença médica, licença prêmio, licença funeral, licença maternidade e licença gestacional; todos os médicos que não exerciam a função de clínicos gerais na rede e nos PAs, um farmacêutico locado na unidade básica prisional; aqueles que por motivos pessoais recusaram-se a colaborar. Para aqueles que não aceitaram participar, foi-lhes solicitado o preenchimento das três primeiras questões do questionário para se conhecer seu perfil profissional, tais como: tempo de profissão, local de trabalho., pretendeu-se identificar os participantes que atendessem aos critérios de inclusão a partir de uma lista de servidores contratados fornecida pelo núcleo de gestão de pessoas da Secretaria. Entretanto, observou-se que a lista não correspondia à realidade devido ao fato de várias unidades de saúde estarem em construção ou reforma na ocasião da realização da pesquisa, provocando redistribuição destes profissionais para outras unidades. Ainda, em decorrência do “*turnover*” dos servidores da Secretaria, especialmente os profissionais médicos, as listas do setor de gestão de pessoas mantinham-se defasadas. Dessa forma, optou-se por realizar abordagem direta de todos os profissionais encontrados em atividade laboral. Na ocasião, foi solicitado aos gestores da rede básica e PAs uma planilha contendo os nomes de todos médicos clínicos e farmacêuticos em exercício, como também das coordenadoras.

Os profissionais encontrados totalizaram 176 médicos e 17 farmacêuticos.

Para fins de quantificar os dados coletados, considerou-se o número de profissionais e não os seus vínculos empregatícios, já que havia situações em que o profissional médico relatava estar atuando em ambos os locais, unidade básica e Pronto Atendimento 24hs (n=25). O critério para a identificação dos locais de atuação seguiu uma ordem cronológica de abordagem no momento da coleta.

### **3.6.2 Coleta de dados**

Após anuência do setor responsável pela realização de pesquisas na Secretaria Municipal de Saúde (PROGESUS), realizou-se contato com a coordenação geral da rede básica e agendou-se um encontro com todas as

coordenadoras regionais, responsáveis pelas unidades de saúde existentes em suas respectivas áreas. Em dezembro de 2015 ocorreu o primeiro encontro, no qual apresentou-se os objetivos da pesquisa e acordou-se as estratégias de coleta em cada unidade, de acordo com as características de demanda e dinâmica de trabalho em cada local.

A partir dessa primeira abordagem, realizou-se contato individual com cada coordenadora para marcar a data e os horários de abordagem dos profissionais da saúde. As coordenações foram contatadas via telefone e, em seguida, foram agendadas visitas nas unidades de saúde para a aplicação dos questionários.

Esta etapa foi marcada por dificuldades, pois dezembro, janeiro e fevereiro são meses de recesso de fim de ano e de férias de muitas coordenadoras de regionais e de profissionais que atuam nas unidades de saúde e nos PAs 24hs. Houve também os feriados que dificultaram muito a abordagem dos participantes da pesquisa.

Além disso, nessa ocasião, a rede estava passando por uma intensa reformulação estrutural, tanto física quanto administrativa. As reformas físicas compreenderam ampliações e revitalizações nas unidades da rede, o que levou conseqüentemente a uma redistribuição das equipes de saúde para outras unidades.

Na área administrativa ocorreu a reorganização do organograma das coordenações, conforme já mencionado. Nessa reforma, muitas coordenadoras saíram de seus cargos após o recesso do final de ano, fazendo-se necessário outro contato e reapresentação da pesquisa aos novos empossados nos cargos. Após as apresentações, realizou-se um primeiro contato de aproximação e estabelecimento de vínculo com esta nova equipe. Por ordem cronológica de abordagem apresentei aos coordenadores, médicos e, posteriormente aos farmacêuticos, os objetivos da pesquisa, o consentimento livre e esclarecido para ciência e assinatura deles. Os dez primeiros profissionais que aceitaram participar da pesquisa no método quantitativo, foram selecionados para comporem os pilotos deste estudo, médicos e farmacêuticos da Farmácia Escola.

A aplicação dos questionários foi realizada mediante cronograma (dia e hora) com abordagem individual de cada participante pela pesquisadora após combinar

com os coordenadores dos serviços envolvidos, tendo-se o cuidado de interferir o mínimo possível no andamento da rotina de atendimento nestes locais.

O tempo de preenchimento do questionário (para médicos e farmacêuticos) variou entre quinze e trinta minutos.

Estabeleceu-se um limite quantitativo nas tentativas de abordagem para os participantes. Os profissionais que por motivos pessoais recusaram-se inicialmente a participar foram convidados até duas vezes e aqueles que não se recusaram, mas que adiaram sua participação por motivos pessoais ou profissionais, foram abordados até cinco vezes. Após isto, considerou-se recusa.

Em maio de 2016 concluiu-se a coleta de dados nas unidades de saúde do Distrito Sul, em agosto no Distrito Centro e em outubro no Distrito Norte. A partir de então iniciou-se a coleta de dados nas unidades de PAs 24hs que foi até dezembro de 2016.

### **3.6.3 Instrumentos de coleta de dados**

Foram elaborados dois questionários com perguntas fechadas para serem respondidos pelos profissionais participantes, o dos médicos clínicos contendo 29 perguntas (Apêndice A – Questionário 1) e o dos farmacêuticos contendo 18 (Apêndice A – Questionário 2).

Os questionários foram elaborados a partir de adaptações de questionários validados, questionários contidos em pesquisas de especialistas e publicados em revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, e publicações do Ministério da Saúde nacional (PATEL et al, 2016; POSSO et al, 2013; BRASIL, 2003; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; SARDA JÚNIOR et al, 2010; BARROS; PEREIRA; ALMEIDA, 2011).

Os questionários continham três perguntas iniciais comuns a ambas as categorias profissionais que visavam descrever sua formação e atuação. Aqueles que recusaram, responderam apenas as três primeiras questões.

Para os médicos, o teor das questões 4 a 6 relacionava-se à formação técnica específica em dor; as questões 7 a 21 abordavam o conhecimento e a prática dos profissionais em relação ao conceito, avaliação e manejo clínico da dor crônica. Procurou-se verificar o conhecimento das condutas clínicas preconizadas na

atualidade em relação à dor crônica, independente da disponibilidade medicamentosa no contexto do SUS. As questões 22 a 25 visavam conhecer a opinião dos médicos clínicos em relação às suas atribuições, às ações multiprofissionais e dos especialistas, bem como ao papel da rede básica na assistência aos pacientes com dor crônica. As questões 26 e 27 visavam conhecer a visão destes profissionais quanto às dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho para cuidar dos pacientes com dor crônica e as propostas para superá-las. As questões 28 e 29 enfocavam o nível especializado do SUS para tratamento da dor crônica. Na questão de nº 1 abriu-se espaço para nomear a especialidade, caso houvesse, nas questões de nº 10, 12 e 28 abriu-se espaço para descrições complementares.

O questionário destinado aos farmacêuticos, além das três questões gerais, possuía nove questões (4 a 12) sobre o conhecimento a respeito do conceito de dor crônica e os medicamentos disponibilizados no SUS para seu controle. A questão 13 mencionava a opinião dos farmacêuticos sobre a adequação das farmácias do SUS na assistência aos pacientes com dor. As questões 14 a 18 abordavam a legislação para a comercialização dos opióides e as ações do SUS no tocante ao fornecimento e o controle desses analgésicos, totalizando 18 questões de múltipla escolha. Na questão de nº 1 abriu-se espaço para nomear a especialidade, caso houvesse, e na questão de nº 14, além das opções de resposta, abriu-se um espaço para comentários, caso houvesse.

Em ambos os questionários, as perguntas que indagavam os participantes a respeito do processo avaliativo e controle dos processos dolorosos crônicos receberam critérios de “certo” e “errado” de acordo com as recomendações da literatura científica especializada (SBED, 2017; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2012).

A seguir serão listadas as perguntas (Apêndice A – Questionário 1) e os respectivos critérios de “certo ou errado” de acordo com a literatura especializada.

- Se a dor for suportável é melhor não medicar e investigar primeiro a causa da dor? Critério considerado correto: Não;
- O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica? Critério considerado correto: Sim;

- O(A) senhor(a) utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica? Critério considerado correto: Sim;
- O(A) senhor(a) conhece algum método/escala/questionário validado para avaliar a dor? Critério considerado correto: Sim;
- O(A) senhor(a) utiliza este método/escala/questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes? Critério considerado correto: Sim;
- Qual (ais) medicamento (s) opióides o(a) senhor(a) considera como boa (s) opção(ões) para tratar a dor crônica de forte intensidade, segundo literatura científica? Critério considerado correto: cloridrato de morfina e metadona (BRASIL, 2015a; 2015; RIZZO, 2010; MINSON et al, 2011);
- Quando a dor é muito intensa, o(a) senhor(a) considera a associação de dois opiáceos uma boa opção para controlá-la? Critério considerado correto: Não (BRASIL, 2015a; NASCIMENTO, SAKATA, 2011; PALMEIRA, 2018);
- Na sua opinião, as palavras “dependência física” e “vício” são sinônimas quando relacionadas ao uso de opiáceos na dor crônica? Critério considerado correto: Não (NASCIMENTO, SAKATA, 2011; PALMEIRA, 2018).

#### **3.6.4 Banco de dados e análise estatística**

Após a coleta, os questionários foram revisados com o objetivo de verificar possíveis inconsistências nas respostas, excluindo-se aquelas questões cujas respostas conflitavam com outras respostas do mesmo participante. Em seguida, procedeu-se à digitação que foi realizada por profissional contratado e revisada pelo pesquisador para garantir a fidelidade dos dados inseridos na planilha.

Para armazenar e tabular os dados quantitativos foram confeccionadas duas planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel 2010 da Microsoft. Uma para tabular os dados do questionário dos médicos e outra para o questionário dos farmacêuticos. Mesmo o programa oferecendo o cálculo automático dos testes qui-quadrado (Apêndice D) e “t” de Student, teste exato de Fisher, foram feitas fórmulas para sua conferência e cálculo do “teste da proporção z” (TRIOLA, 2008; ARANGO, 2001; JECKEL; ELMORE; KATZ 1999).

Para garantir a veracidade dos dados foi adicionada uma planilha de conferência, a qual permitiu, através de fórmulas, identificar possíveis erros, tais como ausência de preenchimento da questão, duplo preenchimento da questão e preenchimento com código inválido. Esta planilha foi uma cópia da planilha original redigitada. As duas foram pareadas e conferidas através de fórmulas. As divergências de digitação foram prontamente verificadas e corrigidas.

Na etapa seguinte os dados foram compilados por meio de fórmulas que possibilitaram seu agrupamento e representação em valores numéricos e percentuais das respostas de cada uma das questões.

Após a compilação, os dados consolidados foram inseridos em uma nova planilha elaborada para agrupar as respostas de algumas questões, visando classificar as respostas como corretas, parcialmente corretas ou incorretas, de acordo com a literatura científica. Um exemplo é a questão 24 do questionário dos médicos (Apêndice A – Questionário 1), na qual foram consideradas corretas as alternativas quarta e quinta e incorretas as demais. O preenchimento de apenas uma das alternativas corretas foi considerado como resposta “parcialmente correta”. Considerou-se incorreta quando o preenchimento das opções 1, 2, 3 e 6, mesmo quando preenchida as opções 4 e 5.

Esta nova planilha incluiu ainda a demonstração do número de participantes que deixaram de responder cada uma das questões no campo “ignorado”, conforme mostrado no Apêndice C.

### **3.6.5 Análise dos dados**

Para apresentar as características gerais da casuística foi utilizada a frequência absoluta e relativa e para avaliar possíveis associações entre as variáveis explicativas e os grupos: categoria dos profissionais locais pesquisados (unidade básica convencional, unidade de saúde da família, PAs 24hs) e o tempo de exercício na profissão (menos de um ano, de um ano a 5 anos; 6 anos a 10 anos; mais de 10 anos), foi utilizado o teste de qui-quadrado com o nível de significância de 5% (DOWNING; CLARK, 1998; FREUND; SIMON, 2000; VIEIRA, 1999).



### **3.7 Procedimentos metodológicos qualitativos**

Após a finalização da coleta dos dados quantitativos, iniciou-se a etapa qualitativa da pesquisa, que ocorreu entre novembro de 2016 e abril de 2017. Nesta etapa, participaram do estudo o único médico atuante no ambulatório especializado em dor crônica e oito profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville que compunham a equipe gerencial, quais sejam, um gerente da rede básica de saúde, um profissional do Núcleo Apoio Técnico à Atenção Básica, duas coordenadoras distritais e quatro coordenadoras regionais. As coordenadoras regionais convidadas foram indicadas pelos pares seguindo critério de tempo de experiência na rede básica e conhecimento do SUS. Uma coordenadora distrital recusou-se a participar.

Os roteiros qualitativos (para gestores e especialista em dor) foram aplicados pelo próprio pesquisador em entrevistas semiestruturadas individuais com duração de uma hora e dez minutos a uma hora e quarenta minutos. Foram utilizados dois instrumentos, um para cada grupo de participantes, com questões abertas que permitiram ao pesquisador explorar uma sequência de questões abordando as hipóteses e pressupostos que embasaram o estudo. Este tipo de técnica de pesquisa possibilita um ambiente de interação no qual se busca obter informações em profundidade (GOMES; BARBOSA,1999), com a exposição de percepções, opiniões e sentimentos frente ao tema proposto (MINAYO, 2008; TRAD, 2009; TURATO, 2010). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

#### **3.7.1 Entrevista: valorização da subjetividade**

Um dos pressupostos metodológicos das pesquisas qualitativas é a integração do pesquisador no campo para que este possa apreender a realidade em suas diversas facetas e familiarizar-se com as experiências dos participantes que nela interagem cotidianamente. A entrada no campo possibilita ao pesquisador reformular os questionamentos iniciais, revisar suas hipóteses sobre a realidade em estudo e articular sua vivência com o referencial teórico (MINAYO, 2010).

Em nosso caso, a imersão da pesquisadora no campo e a interação com os entrevistados, também profissionais de saúde, permitiu o estabelecimento de uma relação intersubjetiva capaz de produzir a emergência das categorias empíricas

explicativas dos aspectos qualitativos da realidade. A construção da intersubjetividade decorre do compartilhamento de um código de comunicação comum entre grupos elaborado ao longo de anos de experiência profissional. É nessa comunicação que os coletivos se reconhecem.

Um ponto importante refere-se à técnica de entrevista e sua possibilidade de captar não apenas o que está sendo falado, mas o sentido que os participantes lhe atribuem. A identidade profissional pode ajudar na empatia entre os participantes, mas o pesquisador precisa desempenhar um papel facilitador para que o entrevistado consiga selecionar e refletir sobre sua experiência, conectando-a ao tema abordado. Nesse sentido, a entrevista constitui um espaço técnico onde a habilidade do pesquisador influi na qualidade do material coletado, mas também um espaço relacional, de encontro de profissionais de saúde que exercem sua prática social operando conhecimentos adquiridos e atuando conforme sua ideologia, valores e crenças.

A fala dos participantes foi o material empírico analisado na etapa qualitativa da presente pesquisa, considerando-a como símbolo de comunicação capaz de representar um coletivo maior, o dos gestores da saúde. Autores mencionam haver uma inseparabilidade entre o discurso e o campo social onde ele é emitido (BIRMAN, 1991). Dessa forma, a análise da fala torna-se um meio de leitura da realidade. Ao mesmo tempo em que ela expressa elementos comuns da vida profissional e social, ela não é homogênea, uma vez que traz consigo as peculiaridades e contradições dos participantes ao vivenciarem a realidade social na qual se inserem. Portanto, nessa pesquisa, pretende-se que a interpretação do conteúdo dos discursos e sua articulação dentro de um quadro teórico, possibilite compreender o tema aqui tratado, a dor crônica, e sua abordagem e manejo na prática cotidiana dos serviços de saúde.

### **3.7.2 Especialista do Ambulatório de Dor Crônica**

O roteiro destinado ao especialista atuante neste ambulatório na ocasião do estudo foi elaborado contendo doze questões abertas nas quais o participante pode falar livremente e expressar seu ponto de vista sobre os aspectos indagados (Apêndice A – Questionário 3). Por ser um informante-chave devido à experiência ao

longo de muitos anos atuando no único ambulatório especializado em dor do município, achamos relevante sua contribuição para o entendimento da assistência aos pacientes. Inicialmente haviam três perguntas sobre a formação e atuação profissional, seguidas de perguntas cujo teor abordava a organização interna, infraestrutura, tipos de serviços ofertados e perfil a demanda atendida pelo ambulatório. Buscou-se também conhecer a visão do médico especialista a respeito da organização do SUS para atender os pacientes com dor crônica, o papel do ambulatório especializado em dor e da rede básica, dificuldades, desafios enfrentados e propostas para aprimorar a política de saúde no âmbito da dor crônica.

### **3.7.3 Equipe gerencial da Secretaria de Saúde**

O instrumento aplicado a estes profissionais era composto de nove perguntas abertas que permitiram aos participantes falar livremente para se conhecer a opinião destes sobre o tema da assistência aos portadores da dor crônica em Joinville (Apêndice A – Questionário 4). Considerando que estes profissionais decidem os rumos da execução da política municipal de saúde, partiu-se do pressuposto que a visão da equipe gerencial expressava o ponto de vista institucional com relação ao tema.

Da mesma forma, que o grupo anterior, as três primeiras questões eram direcionadas à formação e atuação profissional. As seguintes abordavam o perfil da demanda em relação à dor crônica, a organização para atendê-la e o papel e preparo da rede assistencial, especialmente da rede básica. Também buscou-se saber a opinião deles sobre as dificuldades, desafios e perspectivas em relação aos cuidados dos pacientes portadores de dor crônica.

### **3.7.4 Método para a realização da análise qualitativa**

O material empírico da etapa qualitativa deste estudo foi a fala dos participantes que, após ser gravada e transcrita, foi analisada. Escolheu-se a análise de conteúdo por considerá-la a que melhor se adequa aos objetivos estabelecidos.

Ao pensar em análise de conteúdo como uma possibilidade de caminho metodológico, remeto-me aos conceitos de dois estudiosos do tema. Berelson (1984), um dos primeiros autores a estudar esse assunto, sintetizou a análise de conteúdo como técnica de estudo nos anos 40 (CAMPOS, 2004). Fortemente influenciado pelo modelo cartesiano de pesquisa, Berelson (1984) define análise de conteúdo como sendo “uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa” (BERELSON, 1984, p.6-18; CAMPOS 2004). Para Campos (2004), a análise de conteúdo é “compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento”.

O método foi redimensionado por Bardin (1977), que definiu a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Rodrigues e Leopardi dimensionaram a análise de conteúdo na abrangência dos conteúdos latentes, das entrelinhas, figuras de linguagem e manuscritos (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

Atualmente, Bardin (2010) considera a análise de conteúdo como um “instrumento metodológico” abrangente, diversificado, sutil e em constante movimento que possibilita a transição entre os polos da objetividade, este fortemente presente no método quantitativo, e o da subjetividade como característica do método qualitativo. Segundo ela, a “análise temática consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2010).

No presente estudo o método foi constituído de cinco etapas, sendo elas a preparação das informações, a transformação do conteúdo em unidades analíticas, a classificação das unidades em categorias (categorização), a descrição e interpretação, de acordo com Bardin (2010).

Para aumentar a confiabilidade dos resultados da pesquisa qualitativa, tem sido proposta a utilização da triangulação metodológica, a qual possibilita um diálogo entre distintos saberes, técnicas, disciplinas e observadores com a finalidade de estender a compreensão sobre o objeto estabelecido (MINAYO et al., 2005 apud SOMMERFELD, 2013). O uso da triangulação, segundo WORTHEN, SANDERS e

FITZPATRICK (2004), contribui para que as análises da pesquisa ganhem credibilidade.

Este estudo buscou a triangulação metodológica com a intenção de correlacionar os dados obtidos entre si, apropriando-se de diferentes métodos relacionando-os posteriormente à teoria. A escolha do método quantitativo surge como apoio ao qualitativo. A correlação dos dados obtidos nos diferentes métodos possibilita ao pesquisador, perceber os significados dados pelos participantes ao tema proposto neste estudo.

Este estudo se constrói a partir da triangulação metodológica, conforme Dezin (2005) apud Zappellini, Feuerschütte (2015). Esta abordagem possibilita utilizar duas estratégias distintas, a triangulação de métodos e a entre métodos, em que são utilizadas escalas diferentes ou formas distintas para a obtenção dos dados (no primeiro caso) e a associação de formas de coleta diferentes, no segundo (FLICK, 2009 apud ZAPPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015).

Recentemente, Flick (2013) definiu o método de triangulação simplesmente como estudar um tema e um problema de pesquisa baseado em duas perspectivas privilegiadas. Isso significa assumir diferentes visões a respeito da questão de pesquisa que se busca responder, combinando-se distintos tipos de dados sob uma abordagem teórica e produzindo-se um conhecimento adicional em relação ao que seria possível adotando-se uma única perspectiva (FLICK, 2013 apud ZAPPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015).

### **3.7.5 Trabalho de campo: Técnicas e estratégias para coleta de informações**

Para analisar, a organização da atenção aos pacientes portadores de dores crônicas, a partir do depoimento dos participantes e garantir confiabilidade e validade à análise realizada, utilizou-se a triangulação metodológica, por meio das seguintes técnicas:

- a) Relato das observações, impressões e percepções a respeito da dinâmica da pesquisadora, nas unidades básicas de saúde, pronto atendimentos, ambulatório da dor e com os participantes da pesquisa;

- b) Aplicação de questionário estruturado para médicos clínicos gerais e farmacêuticos das Unidades Básicas de saúde convencionais, Saúde da Família, policlínica e pronto atendimentos;
- c) Entrevistas realizadas com a coordenação da Atenção Básica, coordenadores distritais, gerentes da atenção básica, coordenadora do Núcleo de Apoio Técnico à Atenção Básica, especialista em dor crônica aplicando-se questionários semiestruturados distintos para gestores e especialista respeitando a observância das respectivas funções;
- d) Consulta a decretos, Leis e literatura que fundamentam os princípios que norteiam as ações do SUS.

A coleta de dados foi construída havendo uma intenção de ordem de realização previamente estabelecida de tempo, local e organização dos participantes em seu processo de trabalho, com o intuito de não interferir nas atividades laborais rotineiras das equipes, ou minimizando eventuais interferências na rotina da unidade.

- a) O relato das observações:

O relato observacional foi desenvolvido por meio da observação do pesquisador que utilizou os sentidos, com a finalidade de obter informações a respeito de uma realidade. A observação traduz-se em “(...) ver, ouvir e examinar fatos ou fenômenos”. (LAKATOS; MARCONI, 1996, p. 70 apud SOMMERFELD, 2013). Em alguns momentos da coleta, o pesquisador fez parte do contexto observado, construiu saberes em relação direta com os interlocutores do estudo. A observação participante (MINAYO, 2006 apud SOMMERFELD, 2013), decorreu como a conseqüente aproximação da pesquisadora com os participantes do estudo. Em relação direta com o objeto de investigação, o pesquisador torna-se um sujeito envolvido onde “(...) é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado” (MERHY, 2004. p. 2 apud SOMMERFELD, 2013).

- b) Entrevistas:

Na perspectiva de conhecer a percepção, dos gestores e especialista em dor a respeito de como a rede de atenção do SUS se organiza para atender os portadores de dores crônicas, suas dificuldades e possíveis intervenções para melhorar as ações na rede, foram elaboradas entrevistas individuais. Todas as entrevistas foram realizadas em local e data previamente combinadas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora de acordo com as estratégias apresentadas por Poupart (2008 apud SOMMERFELD, 2013) que orienta:

- conseguir a cooperação do entrevistado por meio de falas genuínas;
- proporcionar um ambiente agradável, seguro, privado e que favoreça ao discurso, propício à tomada de informações;
- estabelecer uma relação de confiança e tranquilidade com o entrevistado, esclarecendo dúvidas e intenções da pesquisa.

A entrevista é um procedimento vivo, em movimento, no qual o entrevistado aciona distintos saberes sendo mediado pelo entrevistador (BRITTEN, 2006 apud SOMMERFELD, 2013), com o objetivo de desvendar a percepção do entrevistado. No entanto deve-se permanecer acessível à possibilidade de que as concepções emergentes possam ser distintas daquelas previstas anteriormente (BRITTEN, 2006 apud SOMMERFELD, 2013). Justifica-se a escolha da entrevista, considerando-a imprescindível para captar e entender a realidade, em uma condição de alternância entre entrevistador e entrevistado. “Isto ocorre segundo uma ordem livre de temas particulares que o informante vai associando ao assunto geral proposto pelo pesquisador (...)” (TURATO, 2010, p. 312). O pesquisador deve explorar e considerar na análise, os temas que emergem nas falas, mas que não foram previamente determinados (MINAYO, 2006 apud SOMMERFELD, 2013).

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas.

Em respeito aos entrevistados, manteve-se o sigilo e o anonimato das informações, em observância aos aspectos éticos.

c) Questionário:

A coleta de dados em uma pesquisa quantitativa por meio de questionário requer especial atenção, considerando que o questionário é o instrumento que possibilitará a coleta de dados, a análise estatística e a validação dos resultados. Considera-se a amostragem, o tipo de questionário e redação das perguntas; as análises possíveis dos dados e margem de erro; a relação do questionário com formatação do banco de dados; critérios de seleção dos participantes (MANZATO; SANTOS, 2012).

- d) Pesquisa a decretos, Leis e literatura que fundamentam os princípios que norteiam as ações do SUS:

A pesquisa bibliográfica se apresenta como um processo metodológico que oferta ao pesquisador, possíveis meios de solucionar os problemas de pesquisa. Realizar uma pesquisa bibliográfica sugere: “(...) um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico” (LIMA; MIOTOA, 2007).

O acesso ao material pode ocorrer manualmente, em pesquisa a livros de referência disponibilizados na biblioteca ou eletronicamente, entretanto em menor uso com o surgimento da tecnologia digital. O método mais rápido dessa modalidade de pesquisa, acessa informações na internet por meio de banco de dados como LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde, COCHRANE - Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, Google Acadêmico, Science Direct., Amaral (2007), e serviram como fonte de acesso ao material bibliográfico deste estudo.

### **3.8 Aspectos éticos**

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi enviado ao PROGESUS da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e ao Departamento de Ensino e Treinamento do Hospital Municipal São José, setores responsáveis pela análise das intenções da pesquisa, bem como a análise das condições institucionais para a aplicabilidade do projeto. Após ser aprovado pelas respectivas instâncias, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil e posteriormente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univille, visando formalizar o compromisso do pesquisador em atender à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c). Sua aprovação ocorreu em novembro de 2015, com número do Parecer: 1.367.288.

Em conformidade com os preceitos éticos, os colaboradores foram convidados a participar como voluntários da pesquisa e, aqueles que aceitaram, receberam esclarecimentos sobre o teor e objetivos do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma das quais ficou em sua posse (Apêndice B).



A participação no estudo não ofereceu maiores riscos aos participantes, os quais não foram prejudicados em seu bem-estar físico, mental ou sua integridade psíquica. A pesquisadora responsável enfatiza que os colaboradores não sofreram qualquer tipo de pressão e o preenchimento do instrumento de pesquisa foi espontâneo, resguardando-se a necessária ética e consideração cabíveis na coleta de dados.

Dessa forma, houve um empenho do pesquisador em observar e manter o sigilo e o anonimato dos participantes. Foi ainda preservada a privacidade e respeitado seu desejo de não responder a alguma pergunta, bem como de retirar-se do estudo a qualquer momento. Foram escolhidos locais silenciosos e privados para aplicação dos questionários e realização das entrevistas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Resultados quantitativos

#### 4.1.1 Médicos

Dos 176 médicos convidados a participar da pesquisa, 144 (82%) responderam, 94 deles atuando na rede básica e 50 nos PAs. Todos os 17 farmacêuticos convidados atuavam na rede básica e aceitaram participar. Houve recusa de 32 médicos em participar da pesquisa. A comparação das características entre os médicos que responderam e os que se recusaram foi a seguinte:

Tabela 1 - Comparação do perfil de respondentes e não respondentes da pesquisa

<b>Perfil dos participantes</b>	<b>Respondentes n=144</b>	<b>Não respondentes n=32</b>	<b>Valor p</b>
<b>Possui especialidade</b>			
Sim	87	19	0,92
Não	57	12	
Não respondido	0	1	
<b>Local de atuação (questão 2)</b>			
Rede básica	81	17	0,14
PA 24hs	38	13	
PA e Rede Básica	25	2	
<b>Local de atuação (unidade da entrevista)</b>			
Rede básica	94	19	0,53
PA 24hs	50	13	
<b>Tempo de profissão</b>			
Menos de 1 ano	4	4	0,02*
1 ou mais anos	133	28	
Não respondido	7	0	

Nota: Teste qui-quadrado.

\*Teste Binomial.

Fonte: Primária (2017).

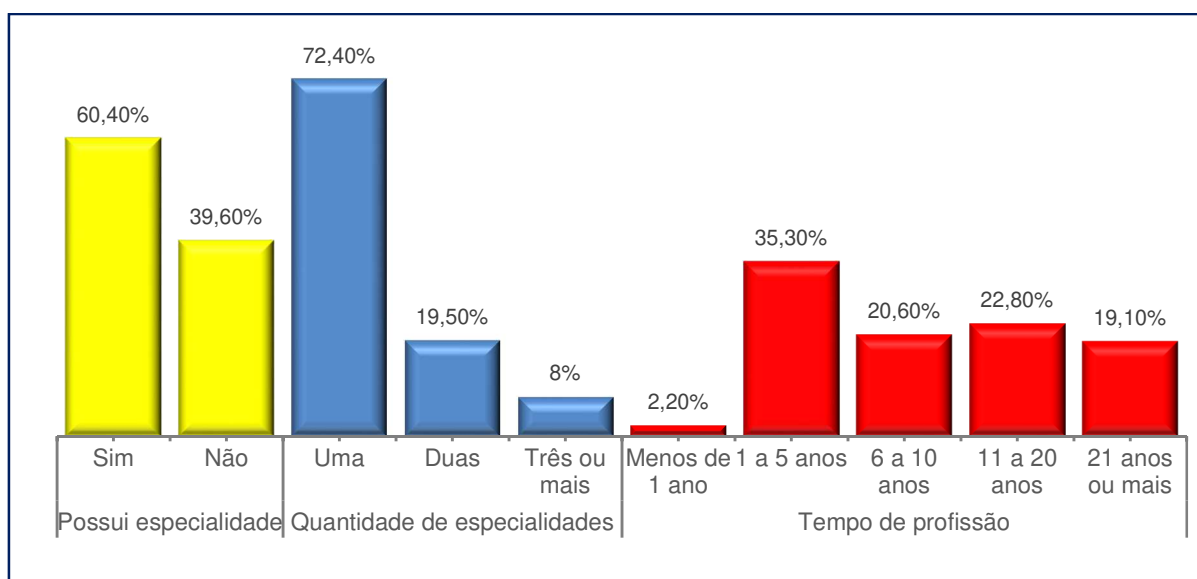
O acolhimento da pesquisadora pelas equipes da Rede Básica foi surpreendentemente agradável e humanizado.

Serão apresentados separadamente os resultados dos médicos e dos farmacêuticos.

A maioria dos médicos entrevistados relatou possuir especialidade (n=87, 60,4%), sendo Medicina de Família e Comunidade (n=31), Clínica Médica (n=17) e Medicina do Trabalho (n=14) as mais relatadas. Vale mencionar que as duas primeiras correspondem a áreas gerais da Medicina e condizem com o perfil requisitado para atuar na Atenção Básica. A comparação entre os médicos das UBS e dos PAs em relação às especialidades não mostrou diferença significativa (p=0,43).

Com relação ao tempo de profissão nas duas modalidades de serviços, observa-se diferença altamente significativa entre eles (p=0,006). Entretanto, quando se compara a média de tempo de profissão, observa-se ser maior para os médicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família (média = 14 anos), a qual é semelhante à dos médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (média = 11 anos e 7 meses). Nos PAs observou-se menor tempo médio de atuação (8 anos e 11 meses), mostrando maior rotatividade deste vínculo profissional (p=0,002) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Formação especializada dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs

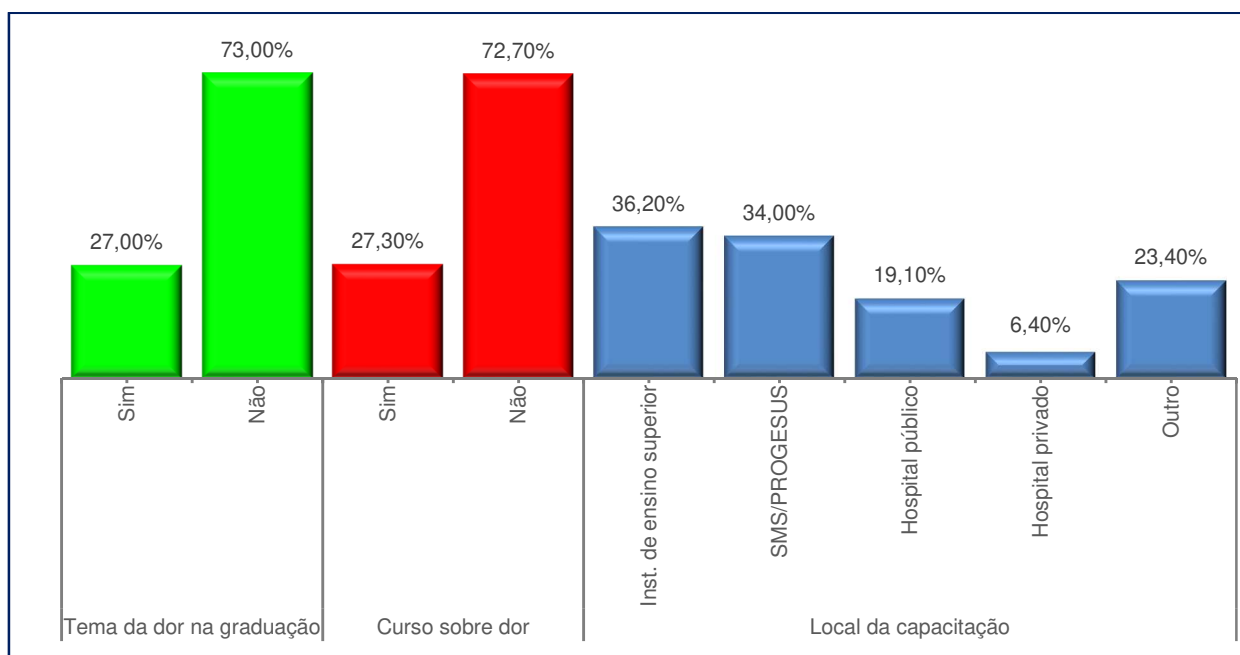


Fonte: Primária (2017).

Com relação aos locais de atuação dos médicos, 51 relataram atuar apenas nas Unidades de Saúde da Família (35,4%), 38 nos PAs (26,4%), 30 nas Unidades Básicas de Saúde (20,8%) e 25 deles em mais de um local (17,4%). Assim, 119 médicos (82,6%) possuem um único vínculo empregatício na rede pública de saúde.

A maioria dos médicos entrevistados (73,0%) refere que em sua formação não foi abordado o tema da dor crônica como disciplina. Não se observou diferença entre os médicos que atuavam nas UBS (72,8%) e nos PAs (73,5%) ( $p=0,9066$ ). Apesar da maior parte destes profissionais (72,7%) nunca ter realizado curso de capacitação para cuidar de pacientes com dor crônica, a frequência de não realização entre os médicos das UBS (65,6%) foi menor do que a dos médicos dos PAs (86,0%) ( $p=0,0157$ ). O local de realização das capacitações foi principalmente as instituições de ensino superior (36,2%), seguido da Secretaria de Saúde (34,0%), mostrando a importância do serviço público na formação de seus profissionais (Gráfico 2).

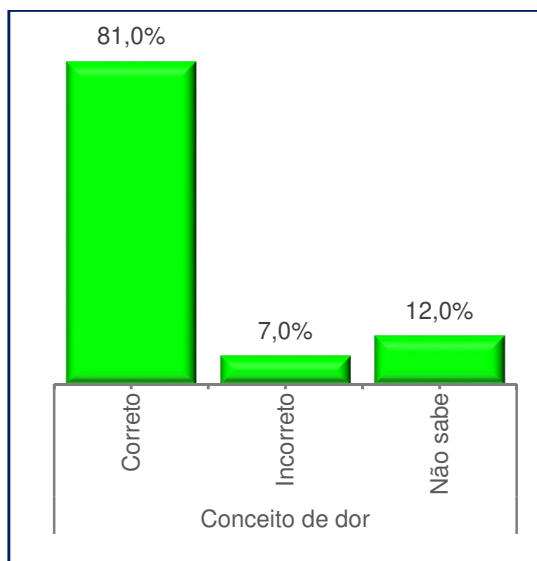
Gráfico 2 - Formação sobre o tema da dor crônica dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

A avaliação do conhecimento sobre o conceito de dor crônica foi realizada por meio de uma única pergunta, sendo que 81,0% dos médicos responderam corretamente. Assim, verificou-se um percentual elevado (19,0%) de médicos que desconheciam o conceito básico sobre a dor crônica, conforme gráfico 3. Não houve diferença entre as respostas corretas dos médicos locados nas UBS (82,6%) e os locados nos PAS (78,0%) ( $p=0,6566$ ).

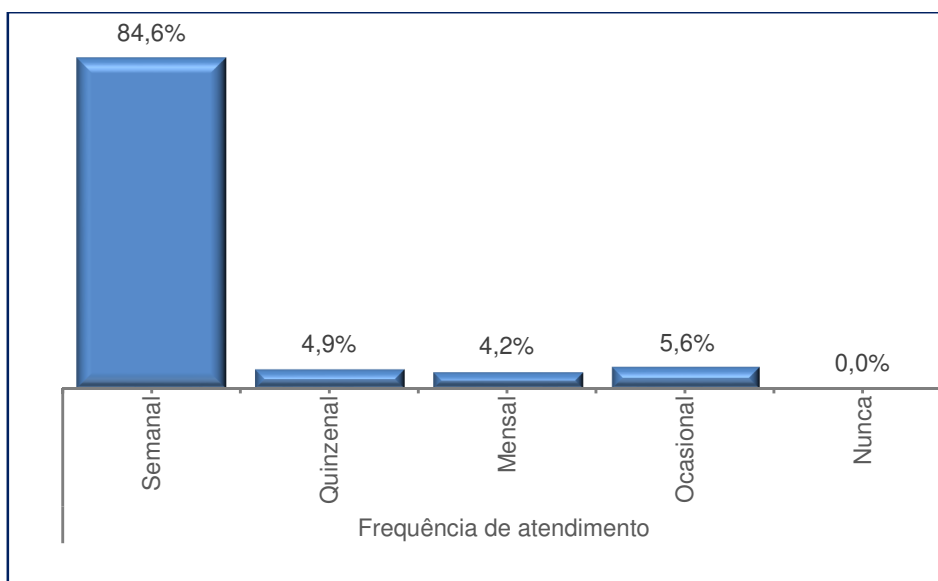
Gráfico 3 - Conhecimento sobre dor crônica dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Apesar do elevado percentual de desconhecimento, 84,6% dos médicos relataram atender pacientes com dores fortes e recorrentes semanalmente, ou seja, é uma queixa muito frequente, especialmente nos serviços de urgência e emergência (PAs) nos quais 88,0% dos médicos relatam atendê-la semanalmente. A comparação da frequência de atendimento semanal entre as UBS e os PAs não mostrou diferença ( $p=0,5622$ ) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Atendimento dos médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Com relação ao manejo da dor de moderada intensidade, a maioria dos médicos (60,8%) referiu a conduta correta estabelecida por diretrizes clínicas que orienta medicar o paciente na tentativa de reduzir a sensação dolorosa mesmo durante a investigação clínica da causa da dor (LIBRACK, 1998; SALAFFI; SARZI-PUTTINI; ATZENI, 2015).

Entretanto, foi elevado o percentual de médicos que não medicam os pacientes durante a investigação clínica (38,5%). Não houve diferença entre os médicos dos dois serviços avaliados ( $p=0,9615$ ) (Gráfico 5).

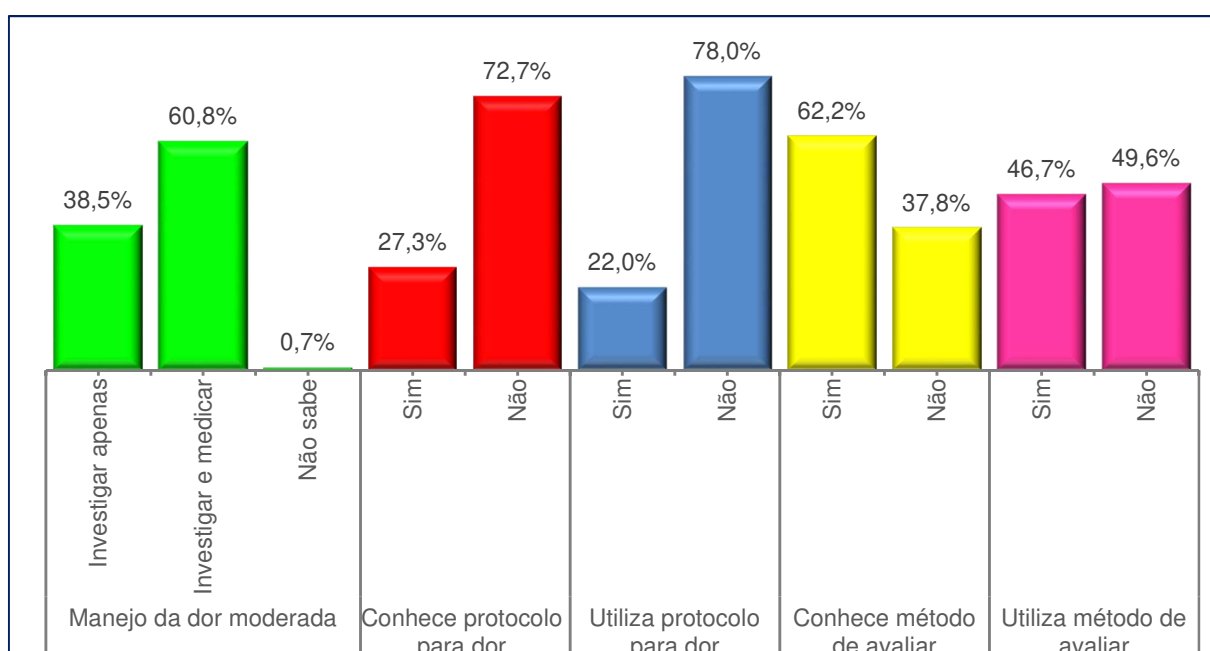
Ao serem questionados se conhecem algum protocolo para tratamento da dor crônica, a maioria (72,7%) relatou desconhecer, sem diferença entre os serviços ( $p=0,1034$ ). Dos 39 médicos que afirmaram conhecer, quase a metade (18) não soube relatar o nome do protocolo e, dentre os que relataram, 4 médicos nomearam escalas unidimensionais para avaliação da dor e 1 nomeou artigo científico não especificando o protocolo. Apenas 16 participantes nomearam um guia ou tratamento cientificamente recomendado, tais como as Diretrizes da Organização Mundial de Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, Tratado de Medicina da Família e Comunidade “Capítulo Dor Crônica”, Diretrizes do Ministério da Saúde, Guia para Tratamento da dor em Contexto de Poucos Recursos. Todas as nomeações encontram-se em consonância com o guia de tratamento da dor crônica sugerida pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (MARTELETE, 1992; BRASIL, 2015a) (Gráfico 5).

Quando indagados se utilizam em sua prática clínica algum protocolo ou guia para tratamento da dor crônica, a grande maioria (78,0%) afirmou não utilizar, não havendo diferença entre os profissionais que atuam nos dois locais ( $p=0,2893$ ). Um participante referiu desconhecer guias ou protocolos de tratamento de dor, porém nomeou uma escala unidimensional “escala de dor visual numérica”. Evidencia-se que não há um entendimento pleno no tocante às recomendações de tratamento e de escalas avaliativas (Gráfico 5).

Com relação aos métodos de avaliação da dor, 89 médicos (62,2%) referiram conhecê-los ( $p=0,8229$ ). Vale ressaltar o expressivo número de médicos que não conhecem tais métodos, correspondendo a 37,8% do total. Dos 89 participantes que informaram conhecer os métodos de avaliação, 36 deles não souberam nomear o método conhecido e, dentre os 53 que nomearam, 49 mencionaram escalas

unidimensionais de dor entre elas: escala numérica, escala de faces, escala visual analógica. Dois participantes mencionaram escalas multidimensionais de MCGILL e EMADOR (Escala multidimensional de avaliação da dor) (SOUSA et al., 2010) e um participante mencionou o protocolo de Manchester e um referiu o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2015a). Quase a metade (49,6%) dos médicos negou utilizar algum método para avaliar a dor. Não houve diferença entre os dois locais de atuação ( $p=0,9260$ ) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Métodos utilizados para o controle da dor entre os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Com relação ao uso de opiáceos, medicamento considerado essencial no tratamento da dor crônica, os relatos dos médicos foram os seguintes:

- 30,9% mencionaram ter receio de que o paciente se torne viciado em analgésicos opiáceos se utilizá-los cronicamente (continuamente);
- 23,0% afirmaram que o sistema de saúde impõe restrições burocráticas à aquisição de receituário para prescrição de opiáceos;
- 12,2% relataram receio de reações ou efeitos colaterais indesejáveis da medicação;
- 10,1% disseram não dispor de receituário para medicamentos controlados;

- 5,0% disseram não possuir conhecimento suficiente para prescrever opióides para uso crônico (contínuo).

Os relatos acima permitem verificar que os problemas relatados são de ordem variada, indo desde a falta de materiais (receituário), a organização dos processos de trabalho e, especialmente a falta de capacitação dos médicos.

Com relação ao manejo farmacológico da dor crônica, ao serem indagados sobre os medicamentos opiáceos adequados para tratar a dor crônica de forte intensidade, apenas 9,9% dos médicos responderam corretamente, segundo recomendação da literatura científica especializada, que preconiza o uso de cloridrato de morfina e metadona (BRASIL, 2015a; 2015; RIZZO, 2010; MINSON et al, 2011). A grande maioria dos participantes (75,4%) respondeu incorretamente e 12,7% dos participantes respondeu de forma parcialmente correta, optando apenas por uma das alternativas de medicação. Não houve diferença entre os médicos das UBS e PAs ( $p=0,2791$ ) (Gráfico 6).

Sobre a associação de opiáceos para tratar a dor muito intensa, cerca de dois terços dos médicos (63,3%) responderam corretamente, sem diferença entre os dois serviços ( $p=0,3624$ ). Baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, Sociedade Brasileira para o Estudo da dor e Ministério da Saúde no Brasil, o tratamento da dor crônica deve utilizar um número relativamente pequeno de medicamentos que são indicados de acordo com a potência analgésica relacionada a intensidade da dor. Este guia de tratamento preconiza a utilização de apenas uma categoria de opiáceos para cada nível de intensidade dolorosa, contraindicando, portanto, a associação de dois opiáceos (tais como codeína e tramadol, codeína e morfina, morfina e metadona) no controle da dor (MARTELETE, 1997; BRASIL, 2015a). Chama a atenção os percentuais expressivos de (19,6%) de médicos que fazem associação inadequada (BRASIL, 2015a) e (16,8%) deles que não soube responder sobre a associação destes medicamentos (Gráfico 6).

Quando perguntados sobre os conceitos de dependência e vício em relação ao uso de opiáceos no tratamento das dores crônicas, a maioria dos profissionais (73,9%) respondeu corretamente, sem diferença entre os dois tipos de serviços ( $p=0,3225$ ). O termo dependência física é utilizado para definir a necessidade de um fármaco para reduzir ou inibir a dor, sem o qual a sensação dolorosa permaneceria.

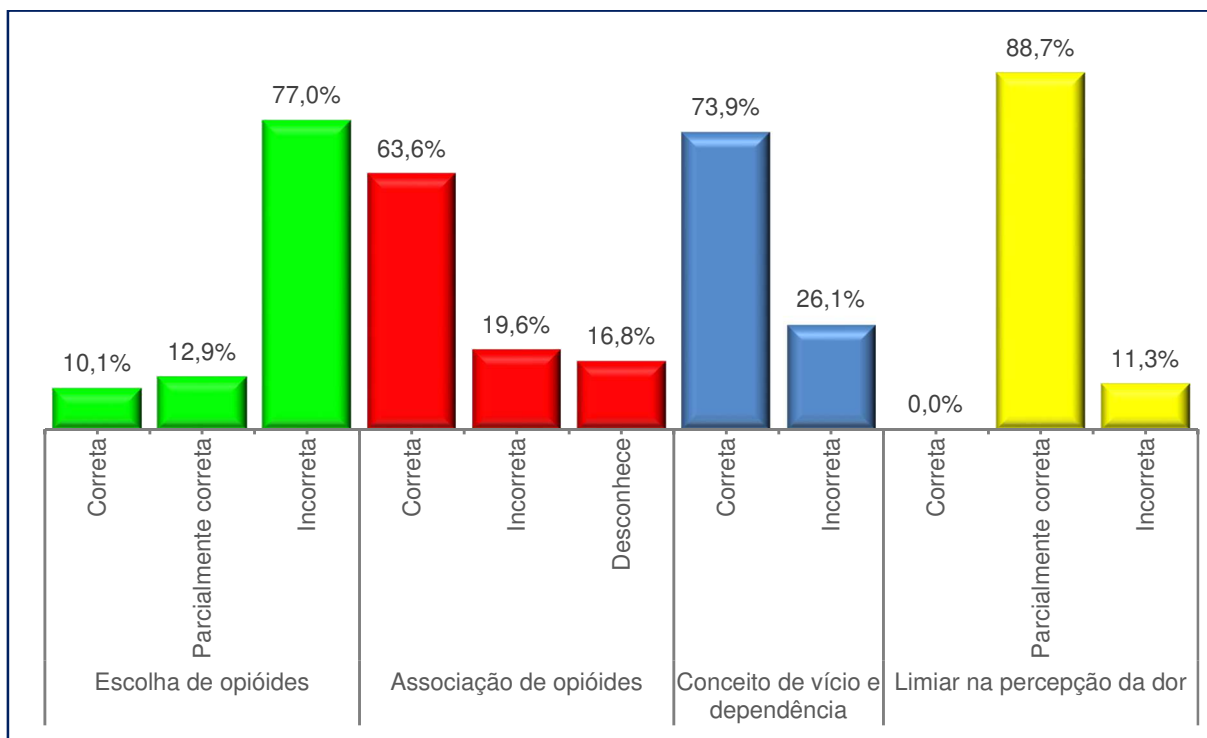


O termo vício está associado à dependência psicológica do medicamento, como também a necessidade de seu consumo com a finalidade recreativa (NASCIMENTO, SAKATA, 2011; PALMEIRA, 2018) (Gráfico 6).

O conhecimento sobre o limiar da percepção da dor não foi respondido corretamente por nenhum dos médicos, indicando um possível equívoco na formulação da questão. Foram apresentadas uma lista de fatores que poderiam interferir no limiar e na percepção da dor. A literatura científica sugere que a dor é uma experiência emocional e seu limiar pode alterar em decorrência de fatores biológicos, psicológicos e sociais culturais, ambientais (LIBRACK, 1998; FAULL 1998; DUNLOP, 1998; SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011; BARRETO et al., 2012). (Gráfico 6).

A religiosidade também pode contribuir para alterar o limiar de dor referido pelo paciente. Quando apresentadas as opções de respostas considerando a influência desses fatores sobre o limiar e a percepção da dor, não houve respostas totalmente corretas e a grande maioria (88,7%) dos participantes respondeu esta questão de forma parcialmente correta. A maior concentração de respostas (29,3%) evidenciou que os participantes consideram que as características individuais da personalidade dos pacientes podem interferir no limiar da dor; 28,6% das respostas referiu a interferência dos fatores emocionais podendo alterar o limiar da dor pelo paciente; 21,0% apontou que os fatores culturais podem alterar a percepção de dor; 17,3% indicou que a religiosidade pode interferir na percepção de dor; e apenas 3,7% das respostas indicou que o limiar de dor depende somente da etiologia e/ou evolução da doença (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Manejo farmacológico da dor segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Em relação à organização da assistência farmacêutica aos pacientes ambulatoriais que fazem uso de medicamentos no domicílio, indagou-se aos profissionais a respeito do local onde os medicamentos opiáceos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-inflamatórios são fornecidos. Os resultados evidenciaram que em todas as categorias medicamentosas, a rede básica foi o local mais citado de fornecimento (51,1% das respostas dos opiáceos, 75,4% dos antidepressivos, 70,6% dos anticonvulsivantes e 66,7% dos anti-inflamatórios). A Farmácia Escola apareceu em segundo lugar em todas as respostas, exceto os anti-inflamatórios (6,4%), com 20,5% das respostas na categoria opiáceo, 18,0% para os antidepressivos e 18,6% para os anticonvulsivantes. Os PAs apareceram em terceiro lugar com índices pouco expressivos para os antidepressivos (4,8% das respostas) e anticonvulsivantes (9,0%). Já, para os opiáceos, os PAs foram citados em 18,8% das respostas e em 25,5% para os anti-inflamatórios, estes últimos superando a Farmácia Escola.

Sobre a disponibilização de algumas categorias farmacológicas no SUS para tratar pacientes com dor crônica em domicílio, a codeína foi a mais citada (29% das respostas), seguida pela amitriptilina (28,1%), diazepam (9,4%), morfina (8,2%) e

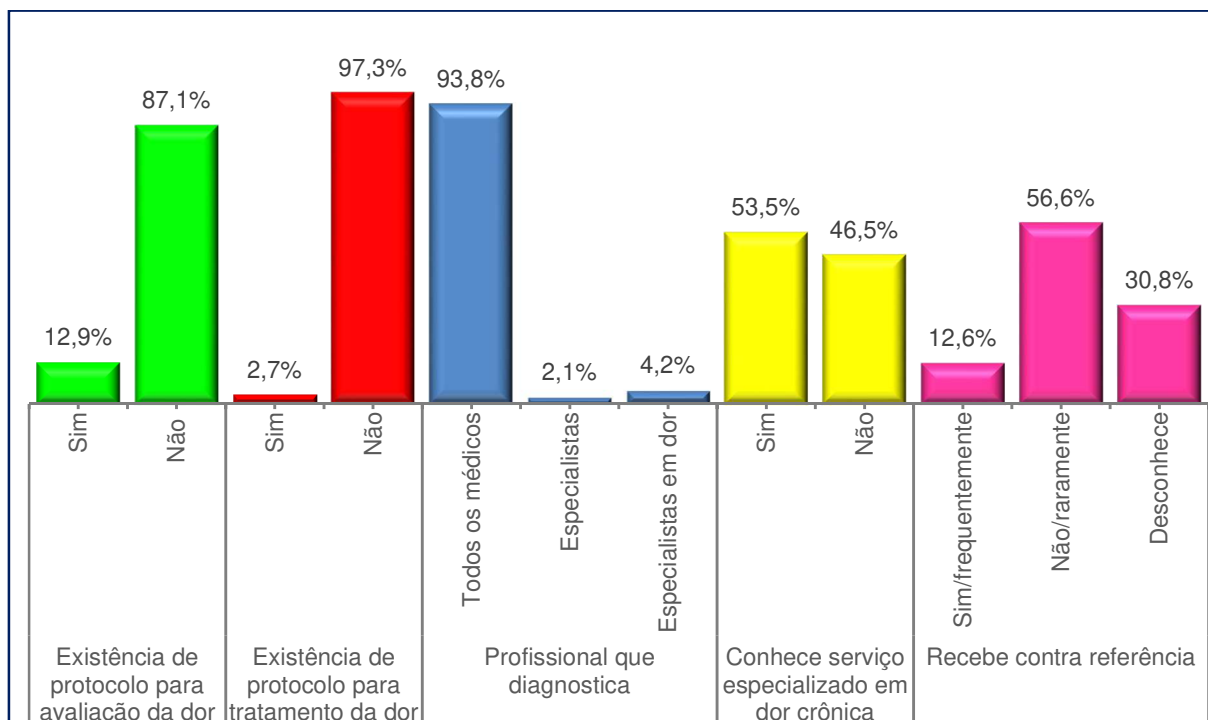
gabapentina (8,0%). Saliencia-se que apenas 0,5% das respostas indicou a disponibilização de petidina para pacientes com dor crônica em tratamento no domicílio. A redução da disponibilização de petidina aos pacientes para tratamento domiciliar em detrimento dos demais opiáceos, sugere que a organização da rede na assistência a esses pacientes com dor está em consonância com as recomendações da literatura especializada, que desaconselha seu uso (CRISTÁLIA, 2018; UNIÃO QUÍMICA, 2018).

Com relação à organização do SUS para o cuidado de pacientes com dor crônica, perguntou-se aos médicos sobre a existência de protocolos para avaliar e tratar os pacientes. A maioria (87,1%) referiu não haver protocolo para avaliação da dor, sendo que os médicos dos PAs tiveram maior índice de respostas positivas do que os das UBS ( $p=0,0143$ ). Com relação ao protocolo de tratamento da dor, 97,3% dos profissionais relataram que não existe, não havendo diferença significativa entre os dois locais de trabalho ( $p=0,9183$ ). Foi expressivo o percentual de profissionais que desconhecem a existência de protocolo para avaliar (17,7%) e para tratar (20,0%) (Gráfico 7).

Ao serem questionados sobre o perfil do médico que deveria fazer o diagnóstico da dor crônica, quase a totalidade (93,8%) respondeu que são os médicos, independentemente de sua especialidade. Não houve diferença na opinião dos dois grupos de médicos ( $p=0,4997$ ) (Gráfico 7).

Apenas 53,5% dos entrevistados relataram conhecer o serviço especializado em dor crônica, não havendo diferença entre os dois grupos de profissionais pesquisados ( $p=0,5351$ ). 34,3% referiu que não recebe contra referência. Quase um terço dos médicos desconhece a esse respeito, sendo este percentual bem mais elevado entre os médicos dos PAs ( $p<0,0425$ ) (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Organização do SUS segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

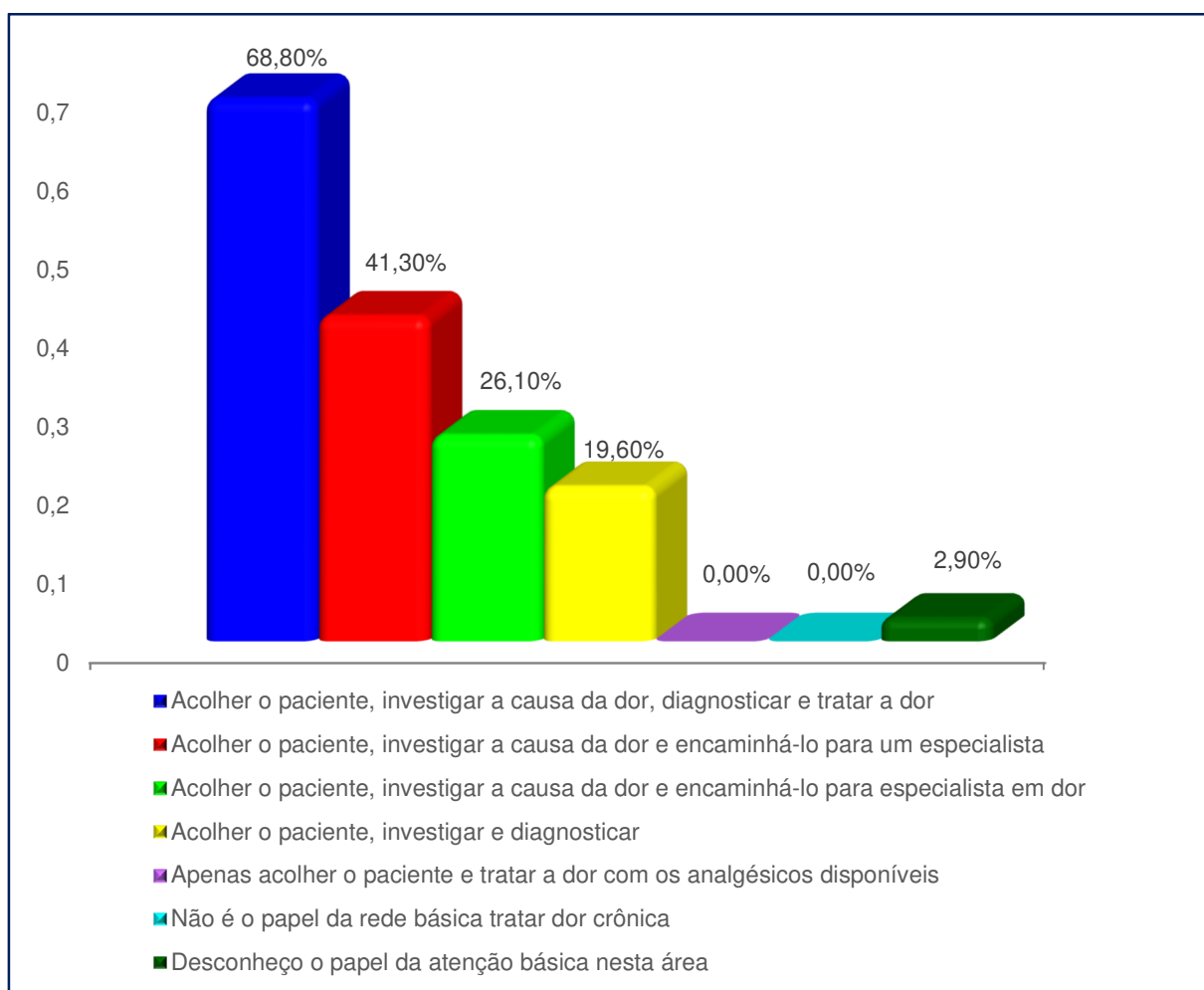
Com o intuito de averiguar a opinião dos participantes a respeito das categorias profissionais que seriam necessárias para conduzir o tratamento da dor crônica constatou-se que 17,3% das respostas indicaram o médico especialista em dor como sendo um profissional necessário para conduzir o tratamento; 14,7% informam sobre a necessidade de fisioterapeutas; 13,8% de psicólogos; 13,3% de profissionais que trabalham com terapias alternativas/complementares; 11,6% de terapeutas ocupacionais; 10,4% de enfermeiros; 9,8% de médicos especialistas em geral; 8,6% de médicos psiquiatras. Como esta questão admitia mais de uma resposta, foram escolhidos em média 4,7 categorias profissionais dentre as nove listadas, evidenciando a visão multidisciplinar dos entrevistados.

Ao serem perguntados quem deveria diagnosticar a dor crônica, a grande maioria (93,8%) respondeu que deveria ser todos os médicos, 4,2% referiu que deveriam ser somente os especialistas em dor crônica e 2,1% afirmou que somente os especialistas. Tal resposta mostra claramente que há um entendimento de que os médicos de forma geral estão aptos a tratar a dor crônica e que a dor é apenas um sintoma de alguma doença, a qual deve ser identificada por um especialista. Apenas

uma pequena minoria compreende a dor crônica como uma doença que deve ser tratada pelo especialista em dor.

Em relação ao papel da rede básica na atenção aos pacientes com dor crônica, a grande maioria (68,8%) relatou corretamente que a rede básica deve acolher, investigar, diagnosticar e tratar a dor. Quando não controlada, a literatura também recomenda encaminhar para um outro profissional capacitado na área. (MENDES, 2015; BRASIL, 1988; BRASIL, 1986) (Gráfico 8)

Gráfico 8 - Papel da rede básica segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs

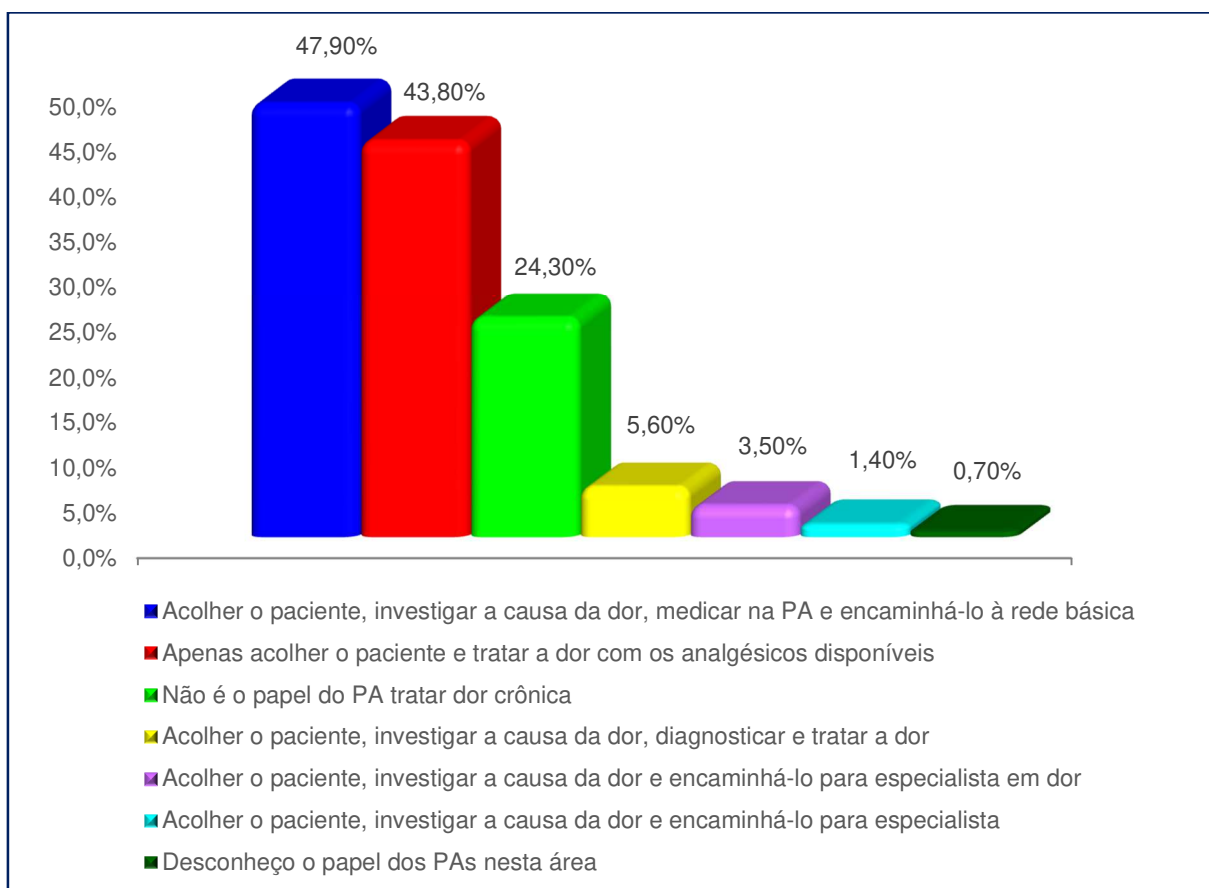


Fonte: Primária (2017).

Quando perguntados sobre o papel dos PAs na assistência aos pacientes com queixas de dores crônicas fortes e prolongadas, quase a metade (47,9%) opinou que seria acolher o paciente, investigar a causa da dor, medicar no PA e encaminhá-lo à rede básica. A maioria dos relatos não estão em consonância com a

proposta das redes de atenção à saúde (RAS) que orienta a integração dos PAs para que haja assistência transversal e integral aos pacientes (MENDES, 2015; BRASIL, 1988; BRASIL, 1986) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Papel dos PAs segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs

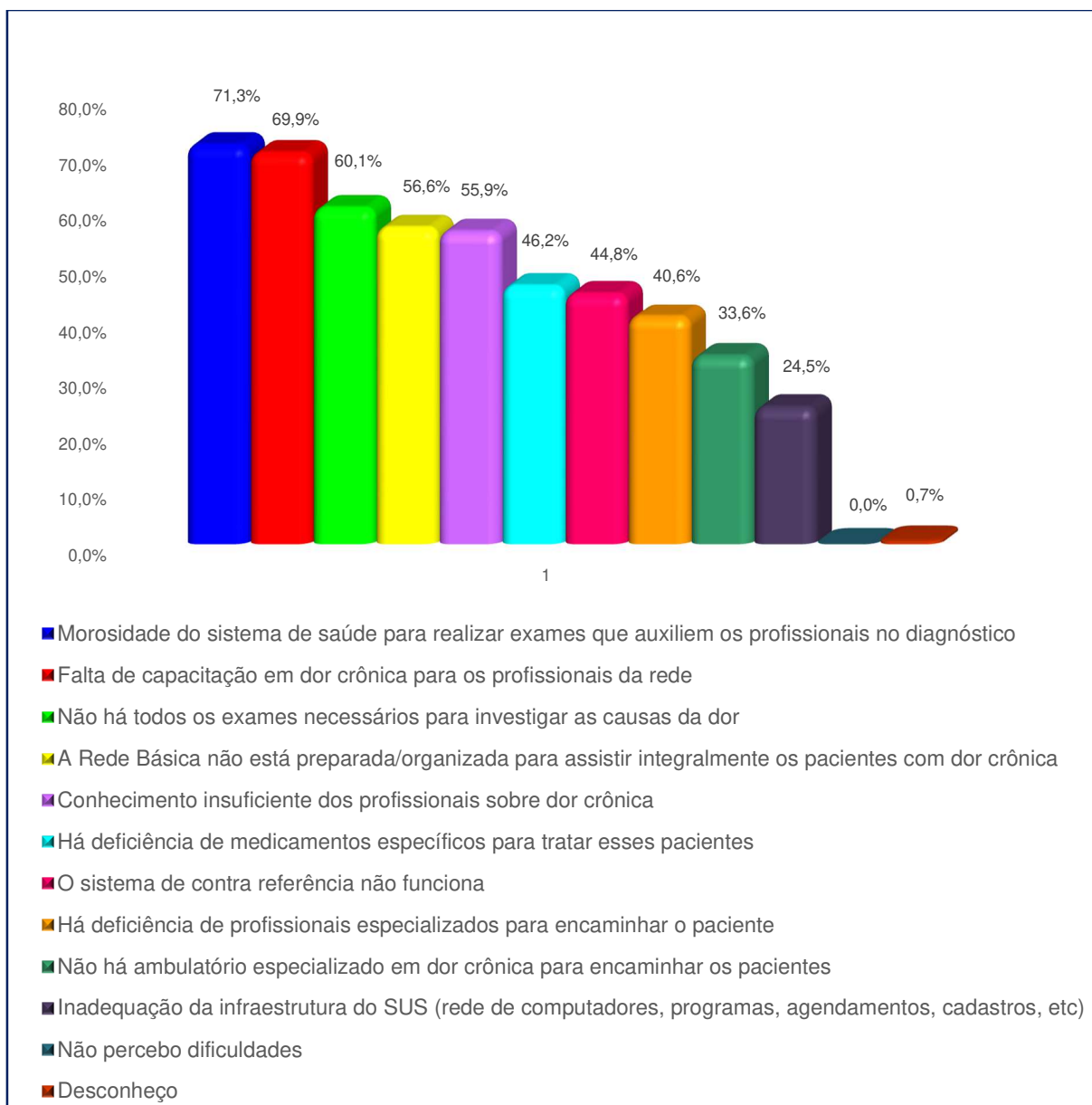


Fonte: Primária (2017).

Os entrevistados, ao serem questionados sobre as dificuldades que enfrentam na rede básica para cuidarem de pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa, a maioria (71,3%) mencionou a morosidade do sistema de saúde para realizar os exames de investigação diagnóstica. A ausência de capacitações sobre o tema da dor crônica, a falta de exames, o desconhecimento dos profissionais e a falta de medicamentos apareceram em número expressivo de respostas. Chama a atenção que 56,6% dos participantes consideram que a rede básica não está preparada para ofertar atenção integral aos pacientes com dor crônica. Nenhum participante relatou não perceber dificuldade alguma e apenas um (PA 24 horas) referiu desconhecer as dificuldades que os profissionais médicos

enfrentam na rede básica. Salienta-se ainda que, das 10 dificuldades listadas, 4,2% dos participantes assinalaram todas elas (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Dificuldades na rede básica segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs

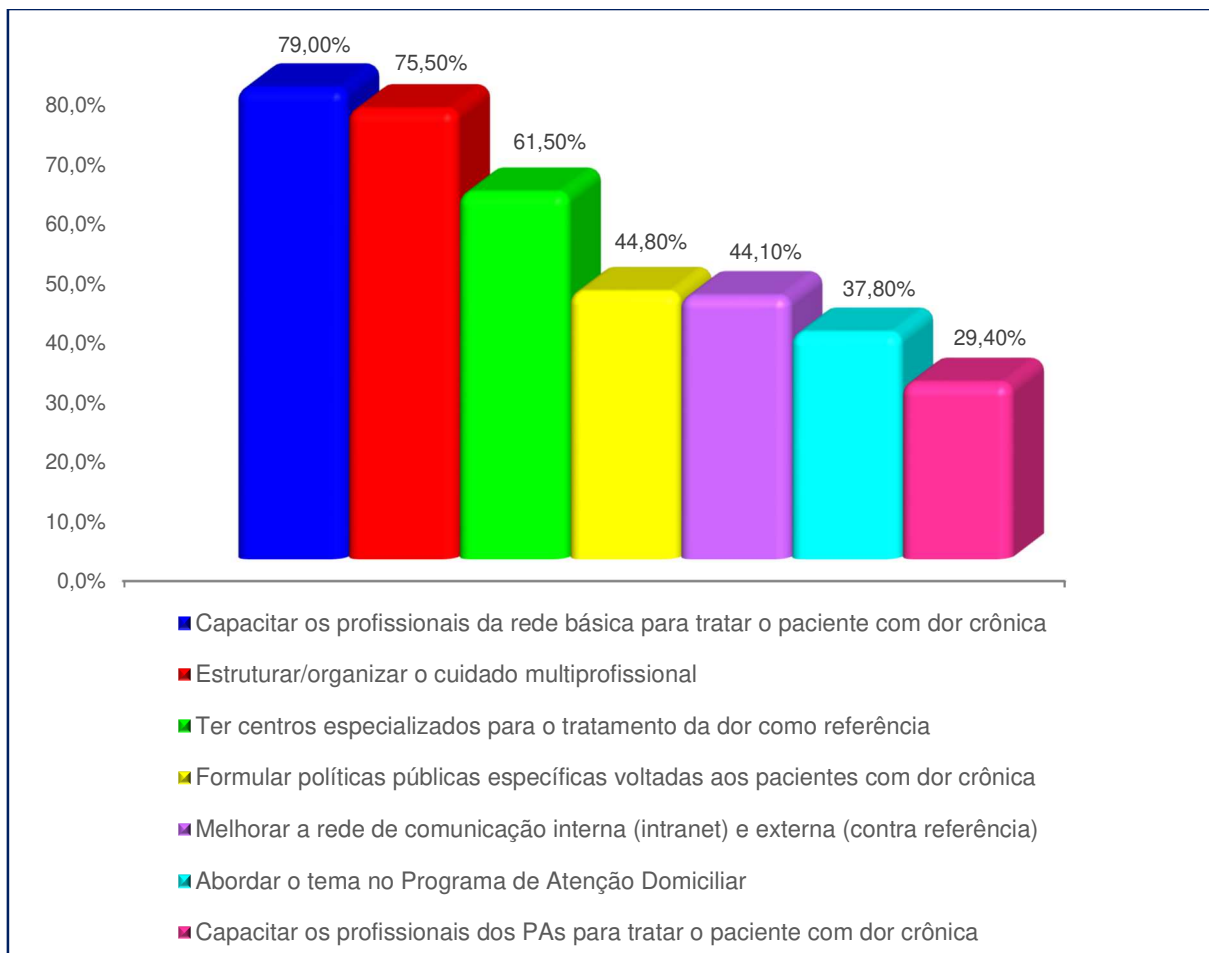


Fonte: Primária (2017).

Sobre as sugestões dos entrevistados para contribuir para a organização da rede de atenção aos pacientes com dor crônica, a capacitação dos profissionais da rede básica foi o mais relatado (79,0%), seguido da organização do cuidado multiprofissional (75,5%) e da criação de centros especializados de referência para o tratamento da dor (61,5%). Observou-se que os percentuais de respostas dos dois

grupos de médicos foram semelhantes, sugerindo que os participantes estão em consonância em relação às sugestões propostas (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Sugestões para organizar a rede segundo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Concluindo, a maioria dos médicos entrevistados em ambos os grupos possui especialidade médica (60,4%) e um único vínculo empregatício na rede pública de saúde (82,6%). Os médicos que atuam nas UBS possuem maior tempo atuação profissional do que os dos PAs, mostrando maior vinculação ao trabalho. Percentual expressivo de médicos não recebeu formação sobre o tema da dor crônica durante a graduação em Medicina (73%) e não realizaram curso de capacitação para cuidar de pacientes com dor crônica (72,7%), especialmente os médicos atuantes nos PAs. Esta lacuna na formação possivelmente pode explicar o fato de que 19% dos entrevistados desconhece o conceito de dor crônica, embora a grande maioria deles (84,6%) tenha relatado elevada frequência desta queixa nos serviços de saúde



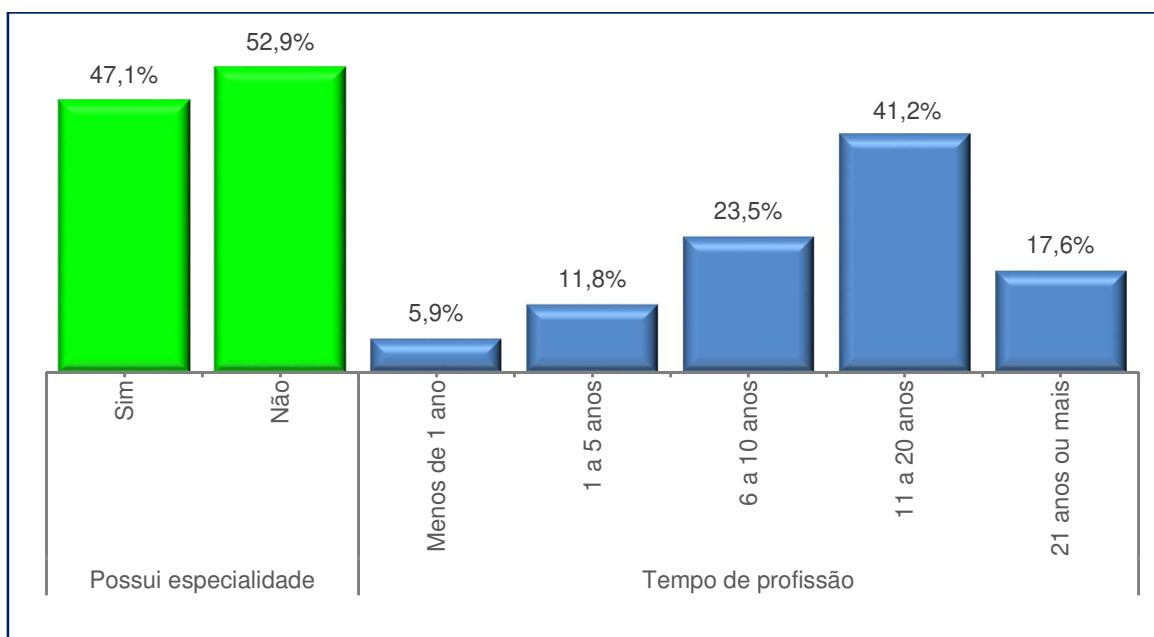
pesquisados. A lacuna na formação se reflete nas práticas dos profissionais, já que elevado percentual de médicos (39,2%) referiu o manejo inadequado dos pacientes com dor crônica, a maioria relatou desconhecimento (72,7%) ou não utilização (78,0%) de protocolos para tratamento e mais de um terço (37,8%) referiu desconhecimento. Quase a metade (49,6%) relatou não utilização de métodos para avaliar a dor. O mesmo ocorre com relação ao manejo farmacológico da dor crônica, identificando-se receio no uso de opiáceos (30,3%), utilização inadequada dos mesmos (89,9%), associação incorreta (36,4%). Em relação ao sistema de saúde, observa-se que os médicos conhecem os medicamentos disponíveis para tratar a dor crônica, a grande maioria desconhece a existência de protocolos clínicos em seus serviços para avaliar (87,1%) e para tratá-la (97,3%), quase a metade desconhece a existência de serviço especializado para tratar a dor crônica e poucos (12,6%) relatam recebimento de contra referência. Pouco mais de um terço (35,7%) deles referem que os médicos devem conduzir os casos de dor crônica e a grande maioria (93,8%) reconhece que o diagnóstico deve ser feito por todos os médicos, independentemente de sua especialidade. A maioria (68,8%) entende que a rede básica tem papel central para os cuidados aos pacientes com dor crônica. As dificuldades relatadas referem-se à estrutura e organização do sistema de saúde e também à falta de capacitação dos profissionais. A capacitação e o cuidado multiprofissional foram as sugestões mais relatadas.

#### **4.1.2 Farmacêuticos**

Dos dezessete farmacêuticos participantes, quatorze atuavam na rede básica e três nos PAs. A maioria (52,9%) referiu não possuir especialidade, não havendo diferença significativa entre os dois grupos entrevistados ( $p=0,4534$ ). As especialidades mencionadas foram: análises clínicas, hematologia, farmácia industrial e magistral, gestão de assistência farmacêutica, indústria de alimentos e assistência farmacêutica na saúde da família. Com relação ao tempo de trabalho nas duas modalidades de serviços, não houve diferença significativa entre eles ( $p=0,092$ ).

A média de tempo de profissão para os farmacêuticos que atuavam nas UBS foi de 11 anos e 10 meses e os dos PAs 18 anos e 4 meses, sem diferença estatística entre ambos ( $p=0,092$ ) (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Formação especializada dos farmacêuticos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Ao serem questionados sobre o conceito de dor crônica, a totalidade dos farmacêuticos respondeu corretamente tratar-se de uma “experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal que está associada a um dano real ou potencial dos tecidos e que persiste ou recorre por seis meses ou mais”.

Com relação ao conhecimento sobre os medicamentos indicados para o tratamento da dor crônica e suas possíveis associações, a maioria (88,2%) respondeu afirmativamente, sem diferença entre os dois grupos e farmacêuticos ( $p=0,7715$ ).

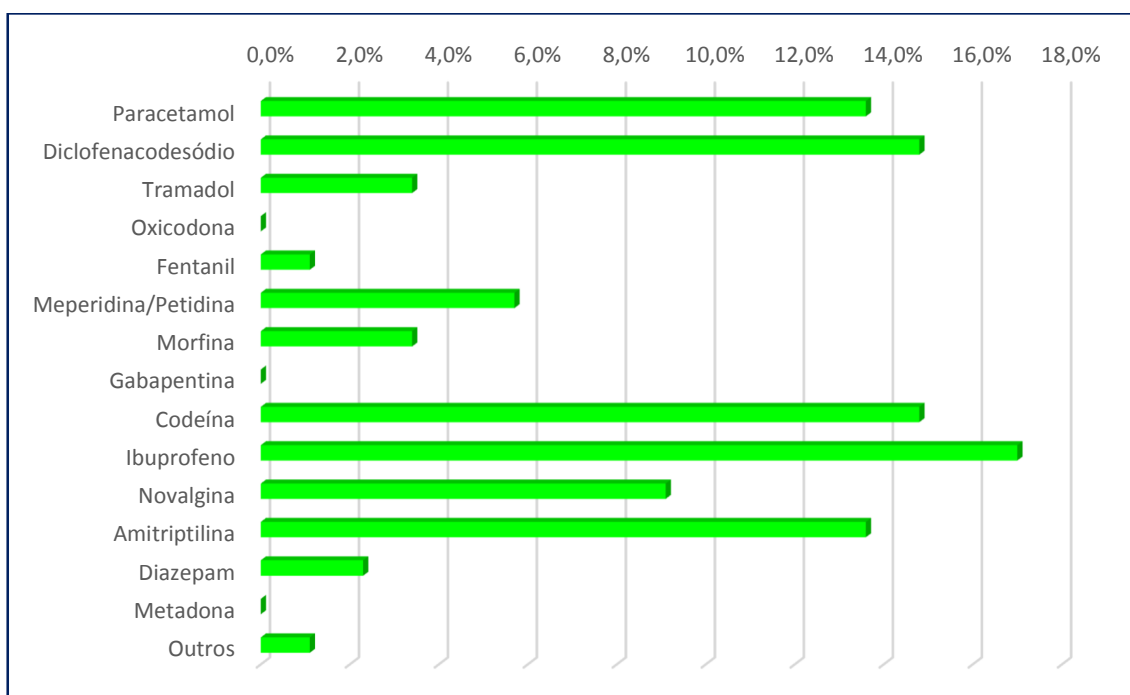
Sobre a frequência de fornecimento de opiáceos para pacientes com dor crônica, 68,4% dos entrevistados responderam ser semanal e 21,1% relatou ser diária, evidenciando que cerca de 90% dos profissionais fornecem estes medicamentos com grande frequência.

Quatorze fármacos foram listados como opções para averiguar quais medicamentos são disponíveis nas UBS e nos PAs. São eles: dois analgésicos não opiáceos (Novalgina e paracetamol); um anti-inflamatório (Diclofenaco de sódio); um

anti-inflamatório/analgésico/antipirético (Ibuprofeno); dois analgésicos opiáceos indicados para dores de média intensidade (Codeína e Tramadol); cinco opiáceos de alta potência destinados a redução dos níveis de dores intensas (Oxicodona, Meperidina/Petidina, Fentanil, Morfina, Metadona); um antidepressivo (Amitriptilina); um ansiolítico (Diazepam) e um anticonvulsivante análogo de GABA (Gabapentina) (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2013b).

Dezessete participantes referiram mais de um fármaco disponível em seus locais de trabalho. Quatorze participantes das UBS referiram 68 opções de medicamentos e três participantes dos PAs indicaram 20 fármacos disponíveis. Dos medicamentos identificados pelos farmacêuticos, o Ibuprofeno recebeu o maior índice de respostas (17,0%), seguido pela Codeína e Diclofenaco de sódio, ambos com 14,8% respectivamente. Oxicodona e Metadona não foram mencionados. O número de respostas que mencionaram a Meperidina/Petidina aproximou-se de 5,7. Observa-se que os medicamentos disponíveis nas UBS com maior frequência para o controle das dores crônicas são a Codeína e o Ibuprofeno, ambos com índices de 19,1%, seguidos pela Amitriptilina (17,6%), Diclofenaco de sódio (16,2%) e Paracetamol (14,7%). Nos PAs são a Morfina, Meperidina/Petidina e Tramadol (15%). O Fentanil apresentou o menor índice (5%) (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Fármacos mencionados destinados ao tratamento da dor crônica disponibilizados segundo os farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e dos Pronto Atendimentos 24hs



Fonte: Primária (2017).

Em relação aos medicamentos de maior consumo para tratar a dor crônica, todos os profissionais das UBS citaram a Codeína. Entretanto, nos PAs foram mencionados a Morfina (42,9%) e o Tramadol (42,9%).

Sobre o uso rotineiro da Petidina no tratamento das dores crônicas, todos os farmacêuticos das UBS negaram e um terço dos farmacêuticos dos PAs indicaram que este fármaco é rotineiramente utilizado como analgésico em sua unidade de trabalho. Alguns opióides, entre eles a morfina e a petidina, têm sido comumente utilizados para o controle das dores agudas e crônicas. A partir dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) (MARTELETE, 1992; MINSON et al 2011) recomendam o emprego da morfina, tanto nas dores crônicas quanto aguda, em decorrência de sua reduzida toxicidade quando comparada aos efeitos da petidina. Embora a literatura especializada oriente a utilização de morfina no controle da dor intensa, a petidina continua sendo largamente utilizada no Brasil e em outros países em desenvolvimento (MINSON et al., 2011).

Ao serem perguntados sobre qual profissional deve orientar os pacientes em relação à utilização e efeito dos medicamentos, a maioria (72,2%) concordou que

são os farmacêuticos e apenas 27,3% respondeu serem os médicos. Não houve diferença entre as respostas dos dois grupos ( $p=0,6572$ ).

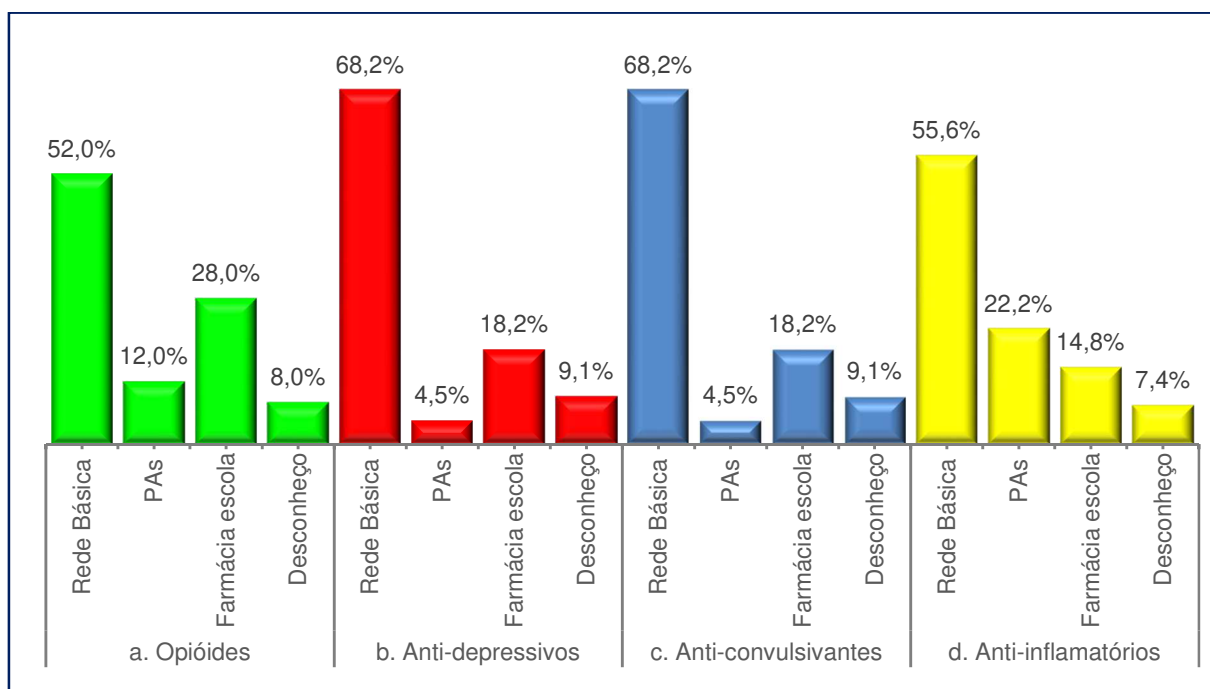
Quanto aos medicamentos de uso domiciliar disponíveis no SUS, foram listados nove medicamentos que necessitam de receituário específico (BRASIL, 1998b) entre eles: Tramadol, Fentanil, Petidina, Morfina, Codeína, Metadona (opíáceos); Gabapentina (anticonvulsivante, recomendado para as dores neurogênicas), Amitriptilina (antidepressivo, indicado para tratamento adjuvante) e Diazepam (ansiolítico) (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015a). Foram mencionados pelos farmacêuticos a Codeína (39,4%), a Amitriptilina (39,4%) e a Morfina (6,1%). Três dos quatorze farmacêuticos das UBS (21,4%) referiram desconhecer os medicamentos disponíveis no SUS, destinados ao controle dos processos dolorosos crônicos.

Foi questionado o fornecimento ambulatorial pelo SUS de medicamentos aos pacientes em tratamento no domicílio, sendo-lhes apresentado quatro categorias de medicamentos: opíáceos, antidepressivos, anticonvulsivantes e os anti-inflamatórios. Na categoria opíáceos, 52% das respostas indicam que a rede básica os fornece à população domiciliada, 28% citam a farmácia escola e 12% os PAs; Aproximadamente 13,6% das respostas oriundas das UBS indicam que os opíáceos são fornecidos nos PAs para que os pacientes realizem seu tratamento no domicílio. Observa-se uma certa dissonância entre as respostas dos dois grupos quando nenhuma resposta oriunda do PA fora encontrada. Um terço das respostas, oriundas dos PAs, indicam o desconhecimento dos profissionais a respeito do fornecimento deste medicamento para ser usado pelo paciente em casa. Quando indagados a respeito dos antidepressivos e anticonvulsivantes, quarenta e quatro respostas foram obtidas: vinte e duas referentes aos antidepressivos e vinte e duas referentes aos anticonvulsivantes. Os índices totais de respostas apontam a rede básica (68,2%), PAs (4,5%) e farmácia escola (18,2%) como sendo os locais que fornecem esta categoria de medicamentos para serem utilizados no domicílio pelos usuários do SUS. 9,2% das respostas referem o desconhecimento dos participantes sobre o tópico. Em análise somente dos índices da UBS, evidencia-se que 42,2% das respostas mencionam a farmácia escola como fornecedora de antidepressivos (21,1%) e anticonvulsivantes (21,1%). Nenhuma resposta dos profissionais dos PAs indicou os PAs ou a farmácia escola como fornecedores destas medicações para

uso domiciliar e 33,3% afirmou desconhecer onde os citados fármacos são fornecidos à população para consumo em casa. Quanto aos locais de fornecimento dos anti-inflamatórios, 55,6% das respostas reconhecem a rede básica como sendo fornecedora desta medicação para os pacientes do SUS em tratamento domiciliar, 22,2% identificaram os PAs, 14,8% a farmácia escola e 7,4% desconhecem o local de dispensação deles. A farmácia escola não foi mencionada pelos farmacêuticos dos PAs (0,0%) como sendo um local de fornecimento desta categoria de medicamento (Gráfico 14).

O SUS disponibiliza uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (BRASIL, 2017c), regulamentados pela Portaria Nº 1.897, de 26 de julho de 2017 (BRASIL, 2017d). No entanto, cada município adequa a quantidade e o medicamento de acordo com suas peculiaridades. O Município de Joinville dispõe da REMUME - Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica que regulamenta o fornecimento de medicamentos essenciais (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Tipo de medicamentos e os respectivos locais de fornecimento pelo SUS aos pacientes domiciliados

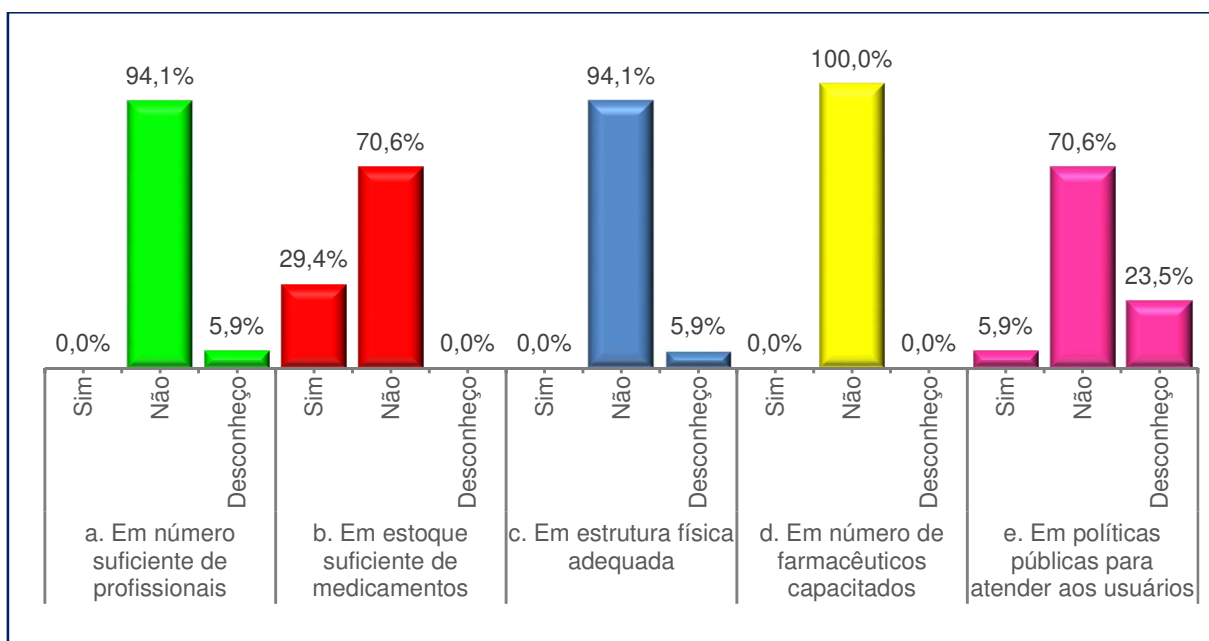


Fonte: Primária (2017).

Sobre a organização das farmácias do SUS para atender adequadamente a demanda dos pacientes com dor crônica, 94,1% consideram que as farmácias da rede básica, dos PAs e farmácia escola não estão preparadas para atender a

demanda dos pacientes devido ao número insuficiente de profissionais;70,6% pelo estoque insuficiente de medicamentos; 94,1% pela falta de estrutura física adequada; 100% pela deficiência em número de farmacêuticos capacitados; 70,6% falta de políticas públicas para atender aos usuários (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Organização das farmácias do SUS relacionada à demanda de pacientes da rede com dores crônicas



Fonte: Primária (2017).

Em relação ao conhecimento da existência de uma legislação brasileira e internacional que normatizem a **comercialização e o fornecimento de opiáceos**, estabelecendo cotas/quantidade por país ou estado brasileiro, 37,9% informaram que há uma legislação regulamentadora e 37,5% desconhecem este assunto (BRASIL, 1998b; BRASIL, 1999; ANVISA, 2018; ADAMI, 2013).

Sobre as regras instituídas pela Secretaria de Saúde estabelecendo cotas para prescrição de opióides, a maioria dos farmacêuticos (64,7%) referiu que não há e 29,4% desconhecem a existência de alguma normativa que estabeleça uma quantidade de prescrições para os profissionais médicos. Não houve diferença entre os dois grupos ( $p=0.3703$ ).

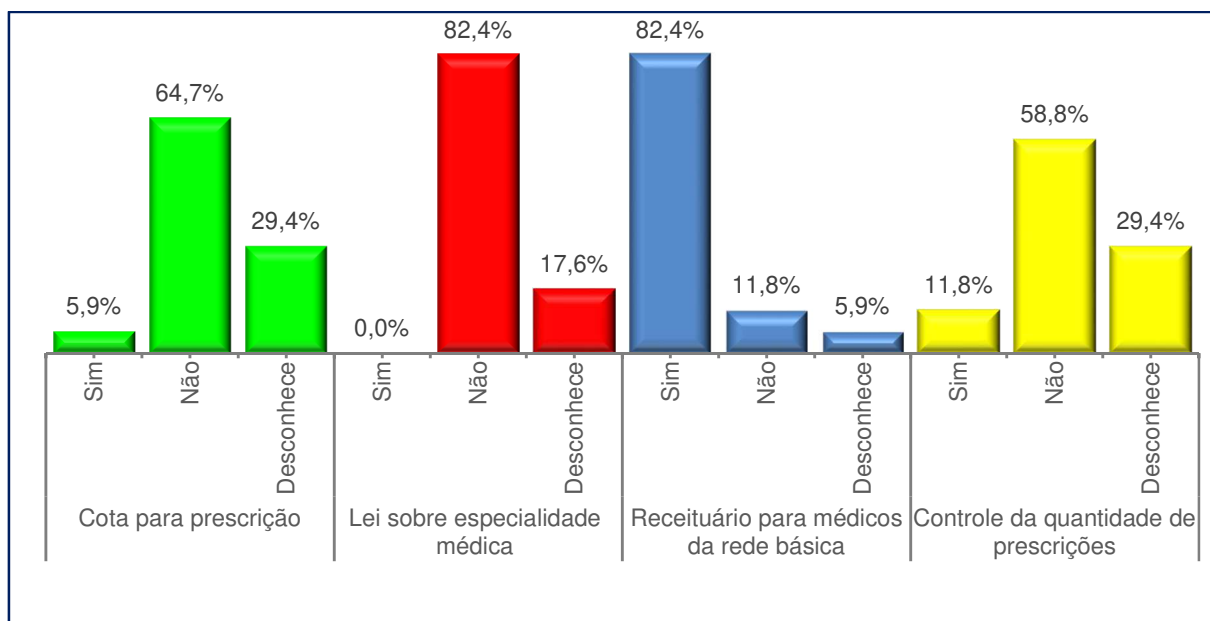
Quando se questionou sobre a especialidade médica que pode prescrever opiáceos, 82,4% relatam a inexistência de uma legislação que regulamente a

prescrição de opiáceos por especialidade médica e 17,6% desconhecem esse tópico. Não houve diferença entre as respostas dos dois grupos ( $p=0,9609$ ).

Ao serem perguntados sobre a liberação de receituários destinados à prescrição de analgésicos opiáceos por médicos da rede básica de saúde, 82,4% afirmaram que sim, sendo esta resposta afirmativa maior entre os farmacêuticos das UBS ( $p=0,0277$ ).

Quanto ao controle sobre a quantidade de prescrições destinadas aos pacientes em uso contínuo de analgésicos opiáceos em domicílio, pouco mais da metade (58,8%) referiu que o SUS não exerce esse controle e 29,4% desconhecem. Não se observou diferença entre os dois grupos ( $p=0,7844$ ) (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Regulamentação na prescrição de opiáceos



Fonte: Primária (2017).

Concluindo, mais da metade dos farmacêuticos entrevistados (52,9%) não possui especialização e a maioria (58,8%) atua no serviço público há mais de 10 anos. Diferentemente dos médicos, a totalidade dos farmacêuticos conhece o conceito de dor crônica. A grande maioria (89,5%) refere elevada demanda de opiáceos nas UBS e PAs. Os medicamentos disponíveis para o controle das dores crônicas correspondem a diversos grupos farmacológicos, havendo diferença nos tipos fornecidos nos PAs e nas UBS, possivelmente em virtude da diferença no perfil das demandas nestes dois locais. A maioria (72,2%) refere ser responsabilidade do farmacêutico orientar os pacientes em relação à utilização e efeito dos



medicamentos. A variedade na oferta de medicamentos para dor crônica de uso domiciliar abrange os opióides, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-inflamatórios, sendo considerada adequada desde que não haja descontinuidade. A grande maioria dos farmacêuticos (94,1%) refere despreparo das farmácias do SUS para assistir os pacientes devido à falta de profissionais, medicamentos e estrutura física. Apenas pouco mais de um terço deles (37,9%) sabem da existência de legislação regulamentadora sobre comercialização e fornecimento de opiáceos. A maioria deles (58,8%) referiu que o SUS não realiza nenhum controle sobre a quantidade de prescrições de opiáceos em domicílio destinadas aos pacientes em uso contínuo.

## **4.2 Resultados qualitativos**

A partir da literatura científica, identificamos unidades de significados, as chamadas categorias analíticas, capazes de possibilitar a compreensão do objeto aqui estudado - a dor crônica no âmbito da política pública de saúde. As mais significativas, as necessidades de saúde, as práticas profissionais, o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde, o modelo biomédico e a gestão do SUS, ilustram o ideário e a organização da assistência à saúde na esfera pública nacional. A dor crônica, aqui apresentada, é introduzida como um problema de saúde pública a ser considerado na Atenção Primária e nas redes de Atenção do SUS. Vale ressaltar que os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde embasam o referencial teórico na construção desta análise (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011, MENDES, 2015; BRASIL, 1990a)

Os resultados a seguir descritos são oriundos da análise dos depoimentos dos participantes e de anotações nos diários de campo, observando-se nessa trajetória, a preparação das informações, a transformação do conteúdo em unidades de significado, a classificação das unidades em categorias, a descrição e interpretação dos dados (BARDIN, 1977). A partir das análises do material, selecionou-se as categorias empíricas mais evidentes nos conteúdos, os quais foram agrupados de acordo com seus significados.

Sendo assim, com a articulação das categorias analíticas originalmente extraídas da teoria e as categorias empíricas oriundas dos discursos dos

entrevistados, torna-se possível redimensionar os conteúdos expressos em unidades de significados mais amplos, também denominados temas. No quadro a seguir estão listadas as categorias empíricas, suas respectivas definições, bem como alguns exemplos de citações dos participantes do estudo.

Quadro 4 - Análise do conteúdo na perspectiva de Bardin

<b>Tema 1 - O paradoxo da invisibilidade da dor crônica na atenção primária e o ideário da assistência aos usuários do SUS</b>		
<b>Categorias empíricas</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>
1. Invisibilidade da dor crônica	Mostra o desconhecimento dos sujeitos e do sistema de saúde sobre a dor como problema de saúde ou doença e expressa a ausência de propostas no SUS voltadas para o tema da dor	(6A) "Não temos um olhar específico para dor crônica.... nem um plano para atendimento desse paciente 6A "Estatisticamente não tem nada oficial"
2. Reconhecimento de demanda	Percepção dos profissionais de saúde sobre queixas de dor	4D Nós temos muitos pacientes com dor crônica que são acompanhados na unidade básica e solicitam medicamentos.... a dor crônica especificamente não é uma coisa institucional 8S A maioria dos nossos pacientes são.... em torno de 50 anos para mais... parece que a dor é mais evidente 8S A dor crônica vem aparecendo cada vez mais frequente.... acredito que as equipes deveriam focar mais sim...
3. Visão dos profissionais sobre os papéis da Atenção Primária	Inclui o entendimento dos profissionais e gestores sobre os papéis e atribuições da AP	<b>Acessibilidade à Rede de Atenção em Saúde</b> 7M..." Estamos iniciando o acolhimento para não fechar as portas e restringir, é dar primeiro a quem precisa mais"... "ofertar aquilo que o usuário precisa"... "ser assertivo". 5K A porta de entrada do paciente de dor crônica é a AB.... mas eu preciso ter essa adequação de oferta e demanda.... a AB tem que ser assertiva <b>Atenção Primária em Saúde como coordenadora da Rede de Atenção</b> 4D Todo o usuário que se chama público tem como porta de entrada a AB.... AB é a ordenadora do sistema... tudo deveria iniciar na porta de entrada da UBS... o paciente é nosso, ele deveria ter vínculo forte com a AB
		6A O paciente é sempre da AB... o paciente pode ser encaminhado ao especialista ou outro setor, mas ele nunca deixa de ser da AB. A AB tem total responsabilidade sobre qualquer paciente.... nós fazemos o acompanhamento desse paciente 4D A responsabilização do cuidado é da AB <b>Integração sistêmica desarticulada entre a atenção básica e os pontos de atenção à saúde</b> 1F."Falta integração entre os pontos de atenção, hospital e SMS" e também..."O desconhecimento dos profissionais sobre os caminhos da rede integrada de serviços" 3C Nossa conversa com a rede atualmente é pouca.... a gente trabalha em casulos.

Continuação Quadro 4 - Análise do conteúdo na perspectiva de Bardin

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>
4. Políticas públicas de saúde	Compreende o conjunto de programas institucionalizados e atividades planejadas, organizadas e desenvolvidas pelo Poder Público federal, estadual e municipal, com o intuito de assegurar os direitos constitucionais à saúde, inerentes aos cidadãos.	<p>1F <i>A gente tem unidades muito distintas uma da outra... temos liberdade para a construção do modelo de atenção e acolhimento....., mas com base no Caderno 28 da Atenção Básica do Ministério da Saúde</i></p> <p>6A <i>A dor crônica não está incluída nos programas institucionais do Ministério da Saúde...não tem nada específico direcionado para os profissionais que entram no SUS.</i></p> <p>2V <i>Quando vem uma orientação do Ministério, isso se transforma em INDICADOR,....em ação, até mesmo em fonte de recurso para os municípios, então, essa é uma prática indutiva... partir do Ministério através das práticas indutoras do MS,..... transforma numa diretriz com objetivos claros com acompanhamento através de indicadores</i></p> <p>2V <i>O ideal é que o Ministério tenha um olhar para esses pacientes.... e crie um programas de incentivo na Rede Básica</i></p>
5. Custos e investimentos	Montante financeiro utilizado na distribuição de recursos em benefício do usuário	<p>4D <i>é mais viável investir na AB do que investir na média e alta complexidade... porque o dinheiro é curto e historicamente... estamos atrasados.</i></p> <p>4D <i>O município financia dois terços do total das despesas do município com relação a saúde... Ao longo dos 26 anos que estou em Joinville, nós investimos muito,, e investimos muitas vezes de forma errada</i></p>
6. Educação em saúde da população	Consiste na educação permanente e continuada dos usuários, como política norteadora dos diferentes arranjos do cuidado	<p>1F <i>A dificuldade é mudar os hábitos da população.... não fazem o autocuidado</i></p>
<b>Tema 2) Práticas profissionais conformadoras da assistência aos pacientes com dor crônica</b>		
7. Práticas profissionais	Compreende os mecanismos terapêuticos para o controle da dor, as condutas médicas no diagnóstico e tratamento.	<p><b>7.1 Protocolo</b></p> <p>6A <i>Não há protocolos para atender pacientes com dor crônica....</i></p> <p>2V <i>Por não haver protocolo, realmente acredito que a identificação desses pacientes na AB seria o caminho, e a proposta de tratamento que fosse além da questão medicamentosa</i></p> <p><b>7.2 Condutas</b></p> <p>8S <i>A única coisa que aproxima um pouco as condutas médicas.... é a prescrição de medicamentos analgésicos, disponibilizados pelo SUS.... exemplo a codeína... o único disponível.... mas o paciente é questionado se ele poderia comprar medicamento na farmácia comercial, aí a conduta muda....</i></p> <p>8S <i>alguns profissionais conhecem os medicamentos, outros profissionais não.... então, eu não percebo a conduta médica no tratamento como sendo uniforme</i></p>

Continuação Quadro 4 - Análise do conteúdo na perspectiva de Bardin

Categorias empíricas	Definição	Exemplos
8. Assistência fragmentada	Expressa a dificuldade do modelo assistencial do SUS superar o modelo biomédico, centrado no médico e na doença, especializante, medicalizante, fragmentado	<p>8.1 3C <i>Penso que a visão para com os pacientes com dor crônica está muito voltada para a medicalização.... não para outras formas de tratamento...infelizmente ainda não se voltaram para a terapia.... as práticas integrativas 3C</i></p> <p>4D <i>Anna, digo para ti com toda sinceridade, o sistema público de saúde de Joinville é formado de ilhas de excelência. Nós temos bons serviços dentro das especialidades, bons serviços em diversas áreas que pouco se conversam.... nós somos um arquipélago em algumas situações</i></p> <p>8S <i>Eu acredito que a dor é deixada em segundo plano.... o profissional ainda não está preparado para ter essa visão mais ampla como fatores psicológicos, não somente físicas</i></p> <p>8S <i>A rede é fragmentada.... cada um olha a sua área de especialidade</i></p>
9. Interdisciplinaridade	Integração entre profissionais de diversas áreas disciplinares numa perspectiva de prestar assistência aos usuários do SUS	<p>6A <i>O tratamento não é multiprofissional ou interdisciplinar</i></p> <p>6A <i>Há tentativas multidisciplinares isoladas, pontuais, centrada em uma única médica... Não é institucionalizado.... o tratamento não é multiprofissional ou interdisciplinar.</i></p> <p>1F <i>Na estratégia de saúde da família, o cuidado já é compartilhado na discussão de caso com a equipe</i></p> <p><b>Sugestão</b></p> <p>5K <i>As práticas integrativas poderiam nos auxiliar com as doenças crônicas, o olhar para a saúde do trabalhador... uma fisioterapeuta que trabalha no Floresta... apresentou sua experiência..... ela trabalha a questão da dor.... houve uma mudança dos pacientes que ela atende, com a diminuição de 80% o número de medicação. Percebo esse movimento dentro da Secretaria em avançar na integralidade do atendimento mudança no processo de trabalho</i></p>
10. Perfil nas Práticas de Gestão e Governança	Desenvolvimento de práticas na gestão que abrange mecanismos formais e informais envolvendo a participação de sujeitos da Secretaria Municipal de Saúde e organizações diversas, de modo que os interesses confluem a propósitos comuns, dialogados entre as partes envolvidas, com a finalidade de assegurar ao usuário o direito ao acesso universal à saúde.	<p>7M...<i>As dificuldades se configuram em fazer o planejamento desconhecendo os casos..... há contratos temporários, morosidade na inserção de outro profissional...ocorre a descontinuidade da assistência interrompendo programas.</i></p> <p>1F <i>"Precisamos de organização e planejamento para começar a formar formadores em dor crônica... criar uma comissão para ver o problema e ordenar trabalhos na AB"...a importância de planejar para tornar visível esse usuário"......e, impactar em custos qualificando o atendimento na prevenção</i></p> <p><i>" A coordenação vem por convite"...nenhuma escolha pelo perfil, comportamento, referência..".Nenhuma formação específica do gestor, a capacitação vem por iniciativa própria, por necessidade de aprender... tem que ter sensibilidade que o cargo exige"</i></p> <p>4D <i>Depende também do perfil das pessoas.... as pessoas não tem perfil, você joga lá e não dá certo... e aí você tem dificuldades.... um médico de Florianópolis que estava nos acompanhando, hoje ele é diretor da saúde primária, disse: olha, se eu soubesse a dor de cabeça que eu estava criando, eu não criava mais, referindo-se aos NASP.</i></p> <p>8S <i>As equipes no início de cada ano fazem um planejamento local de saúde para aquele ano</i></p>

Continuação Quadro 4 - Análise do conteúdo na perspectiva de Bardin

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>
11. Educação em saúde dos profissionais	Consiste na educação formal, permanente e continuada em saúde como política norteadora do SUS	<p>6A <i>Acredito que o atendimento prestado a população, pelos profissionais de saúde, venha de uma formação mais individual</i></p> <p>5K <i>Panaguamirim é uma unidade escola com duas médicas geral comunitária, especialistas, são professoras de medicina, então tem aula o ano inteiro.... o olhar daquela equipe é diferenciado</i></p> <p>5K <i>A importância da qualificação profissional.... especialistas em saúde da família.... eles têm esse olhar mais abrangente para o indivíduo</i></p> <p>5K <i>A integralidade passa pela qualificação dos profissionais.. desde aquele que atende no balcão já tem esse olhar na saúde coletiva, no território.... o território tem vulnerabilidades</i></p> <p>2V <i>Talvez tenhamos que qualificar os profissionais da AB... O profissional da AB deveria estar mais capacitado possível para atender grande parte dos problemas... porque há uma tendência em tirar aquilo que é da AB e mandar para o especialista</i></p>
<b>TEMA 3) A Organização das redes na Assistência aos Pacientes com Dor Crônica: um diálogo entre possibilidades</b>		
12. Proposta de melhorias na assistência aos pacientes com dores crônicas na rede de assistência do SUS	Exprime a percepção dos sujeitos a respeito do ideário de trabalho na rede	<p>6A <i>"Penso que o paciente deveria ter um tratamento mais multidisciplinar, com psicólogos, fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais, que pode vir ajudar esse paciente a não recidivar a dor, ou piorar, para que dentro de uma escala saudável não volte à medicação"... e manter a dor sob controle da melhor forma possível "... Precisa de um olhar estendido às práticas alternativas e multidisciplinares e qualificar toda a equipe para o acolhimento... e conseguir um olhar completo".</i></p> <p><i>Proposta</i></p> <p>1F <i>A proposta para organizar a rede para assistir pacientes com dor crônica seria... uma comissão, fórum seminários, algo que pudesse organizar a rede, e se conhecer como rede, que indicasse o que já tem e o que não existe, para que a gente trate dor crônica</i></p>
13. Dificuldades percebidas na rede de assistência aos pacientes do SUS	Desconhecimento técnico e de fluxo de serviços prestados na rede	<p><i>diagnóstico.... dor crônica é uma praia nova, o desafio é começar alguma coisa</i></p> <p>1F <i>Desconhecimento dos profissionais sobre os caminhos entre os serviços</i></p>
14. Desafios enfrentados na assistência aos usuários do SUS	Aspectos ainda não alcançados totalmente e que tem o potencial de produzir melhorias no cuidado ao paciente com dor crônica	<p>2V <i>O desafio, primeiramente é o MS colocar a dor crônica como prioridade</i></p> <p>1F <i>Proporcionar equipe suficiente ao número da população... se não respeitar essa ótica eu não vou ter nenhum trabalho efetivo</i></p> <p>6A <i>Realizar o tratamento contemplando todas as necessidades... no momento, não conseguimos abraçar tudo ao mesmo tempo....</i></p> <p>2V <i>O desafio é avaliar o impacto do tratamento inadequado desses pacientes... o que ele gera....</i></p> <p><i>Imagino que o tratamento inadequado deva estar gerando no SUS uma recorrência de consulta, uma hiperutilização do serviço de saúde, de atendimento desses casos de acordo com o grau de complexidade... alguns casos resolve com uma terapêutica razoavelmente simples que possa ser utilizada pela maioria dos pacientes na AB</i></p>

Fonte: Primária (2017).

A categorização oriunda dos dados empíricos sofreu alterações ao longo do processo de análise, quando passou a englobar novos sentidos emergentes. No diálogo entre a teoria e a singularidade dos dados empíricos categorizados, foi possível identificar três temas, os quais procuram elucidar as perguntas desta pesquisa. São:

1) O paradoxo da invisibilidade da dor crônica na atenção primária e o ideário da assistência aos usuários do SUS;

2) Práticas profissionais conformadoras da assistência aos pacientes com dor crônica;

3) A Organização das redes na assistência aos pacientes com dor crônica: um diálogo entre possibilidades;

O texto destacado em *itálico* refere-se às falas dos entrevistados a partir das quais foi possível a identificação das categorias empíricas. Estas, por sua vez, dão significado aos três temas, e apresentam-se aqui destacadas em **negrito**.

#### **4.2.1 O paradoxo da invisibilidade da dor crônica na atenção primária e o ideário de assistência aos usuários do SUS**

Os resultados evidenciam que ocorre uma considerável demanda de usuários com queixas de dores crônicas nas unidades básicas, embora a dor não seja reconhecida pelos profissionais como um problema de saúde, mas como consequência dele. A dor é interpretada como sendo um sintoma, e não como uma doença a ser diagnosticada e tratada considerando sua especificidade.

Entende-se dessa forma que, a expressão das necessidades de saúde mantém-se contínua e insidiosamente imbricando-se no paradoxo da invisibilidade da dor crônica na rede e a busca de cuidados dos usuários, expressa no reconhecimento desta demanda por parte dos usuários. O paradoxo se apresenta sob três itens: a invisibilidade da dor crônica na atenção básica e no sistema de saúde, o reconhecimento da demanda desses usuários e o ideário estabelecido na atenção básica e redes de atenção do SUS. Por conseguinte, a invisibilidade exprime o desconhecimento dos sujeitos e do sistema de saúde sobre a dor como problema de saúde - doença.

Os relatos apontam para a ausência de dados estatísticos que possibilitem elaborar um perfil epidemiológico na atenção básica e nas unidades de pronto

atendimento a respeito dos usuários com dores crônicas e conhecer sua magnitude e características, em virtude de fatores correlacionados: desconhecimento da dor como sendo uma doença e não somente um sintoma, subnotificação do CID, inexistência de programas específicos na atenção básica ou na rede de assistência à saúde que contemplem a prevenção, controle tratamento e reabilitação para os casos específicos.

*“Não temos um olhar específico para dor crônica... nem um plano para atendimento desse paciente” (6A).*

*“Estatisticamente não tem nada oficial” (6A).*

*“Que eu saiba, não existe levantamento estatístico” (4D).*

*“Aqui não se fez levantamentos em número de pacientes com dor crônica... mas percebemos muitos pacientes com dor crônica (8S).*

*“Seria importante ter dados estatísticos... para organizar melhor o serviço, ter um direcionamento para esses pacientes” (8S).*

*“Não sei o número de casos de pacientes com dor crônica” (1F).*

*“Na secretaria da minha microrregião, enquanto território, não trabalhamos esses dados... não tenho esses dados sobre dor crônica comigo”...(5K).*

As falas reportam para a ausência de dados mais abrangentes, não somente nas unidades e microrregiões, mas nos demais pontos de atenção, configurando a invisibilidade da dor crônica em um quadro desarticulado nas diversas instâncias em que a responsabilidade sanitária deveria estar presente.

A invisibilidade da dor crônica se apresenta neste contexto de múltiplas formas e embora a atenção básica proponha a interdisciplinaridade em sua política, poucos avanços foram observados nas falas dos participantes. Nos relatos, a dor mantém-se presente como um sintoma e o quadro epidemiológico de sua manifestação desconhecido em razão da subnotificação e de indicadores não estabelecidos.

*“A rede não está nem um pouco preparada para assistir pacientes com dor crônica”...(1F).*

*“Não, não tem dados epidemiológicos de pacientes com dor crônica” (2V).*

*“Vamos tratar a dor crônica... estabelecer como prioridade, mas aí não aparece nenhum indicador, não tem que prestar conta disso, e acaba se perdendo” (2V).*

*“Os dados são trabalhados dependendo do olhar das equipes... o foco atualmente está muito voltado nos programas e a reestruturação da AB” (5K).*

*“O CEREST está iniciando um trabalho com mapeamento de LER, DORT(...)” (1F).*

*“Se for classificar como dor crônica, tem muita gente... mas acaba sendo tratada dentro das outras patologias... a dor como um sintoma e não como uma causa” (4D)*

*“O CID é subnotificado para dor crônica” (7M).*

Nas falas dos participantes, tanto dos profissionais quanto dos gestores, fica evidente o desconhecimento da existência de programas estruturados ou mesmo de ações com foco na dor crônica, conforme se observa a seguir:

*“Não percebo a rede organizada, preparada para assistir os pacientes com dor crônica... não ouvi falar de projetos para dor crônica” (8S).*

*“Desconheço algum programa de dor crônica na Rede de Atenção do SUS”. Em Joinville eu não percebo ação específica para dor crônica... em outros estados existem ambulatórios de dor como em São Paulo... geralmente vinculados a universidades” (1F).*

*“A Atenção Básica é organizada por linhas de cuidados...saúde da criança, do adulto, do idoso... também temos as redes de atenção as doenças crônicas, rede cegonha... que é do pré-natal...Dentro dessas redes eu imagino que a dor crônica estaria dentro da rede de doenças crônicas, porém, não foi estabelecida como prioridade pelo Ministério da Saúde... Se tivéssemos dados, nós poderíamos ter uma atuação um pouco melhor” (2V).*

*“A organização do SUS com relação aos portadores de dor crônica é insipiente para não dizer quase inexistente. Em termos de rede não, em termos de atendimento” (4D).*

*“Quanto a organização da rede para diagnosticar e assistir os pacientes com dor crônica... a gente trabalha com alguns médicos da Saúde da Família e vejo que uma parte sim tem esse olhar, não sei te dizer especificamente como seria o tratamento quanto a dor crônica” (5K).*

*“A Atenção Básica é organizada por linhas de cuidados...saúde da criança, do adulto, do idoso... também temos as redes de atenção as doenças crônicas, rede*



*cegonha... que é do pré-natal...Dentro dessas redes eu imagino que a dor crônica estaria dentro da rede de doenças crônicas, porém, não foi estabelecida como prioridade pelo Ministério da Saúde... Se tivéssemos dados, nós poderíamos ter uma atuação um pouco melhor” (2V).*

*“A rede não está preparada para assistir pacientes com dor crônica, a gente não priorizou esse problema como um problema nosso” (4D).*

*“A rede não está nem um pouco preparada para assistir pacientes com dor crônica” (1F).*

Demanda, por conceito, estabelece a ação de demandar, sendo um ato de busca, procura, sendo também interpretada como um ato de pedir, solicitar (AURÉLIO, 2012). O termo demanda é frequentemente utilizado na saúde. Na esfera do senso comum pode ser interpretada como queixa e, portanto, quando a demanda é formulada, está endereçada a outro. A dimensão da demanda alude ao campo ético das relações e, quando considerada na área da saúde, forma-se a partir das relações do homem e seu ambiente cultural, social e político (SCHUTEL et al., 2015).

As falas a seguir relacionadas, estabelecem relações de procura dos usuários aos serviços de saúde na atenção básica, e também o pedido dos profissionais às instâncias mais complexas da assistência (tecnologias leves e leves duras), reconhecendo-se a demanda pelos serviços.

Os depoimentos demonstram que as queixas de dor crônica são mais presentes com o envelhecimento, e que a incidência dela é crescente nas unidades básicas de saúde, embora não percebida na esfera institucional como um indicador. A invisibilidade da dor crônica como um problema de saúde e a demanda crescente dos usuários para aplacá-la, remete-nos aos preceitos éticos e legais do direito à assistência integral, ao acesso e à resolutividade dos serviços presentes nas bases constitutivas do SUS (BRASIL, 1998; MENDES, 2012; MENDES 2011). A política para o cuidado, estabelecida no Sistema Único de Saúde, propõe a interdisciplinaridade das ações, em um modelo longitudinal de assistência (STARFIEL, 2002; MENDES, 2012; MENDES, 2015), no entanto, poucos avanços neste campo foram evidenciados nos depoimentos.

*“Alerta da regulação sobre o número de encaminhamentos aos especialistas”; para tratar artrite, reumatismo, lombalgias, enxaquecas” (1F).*

*“Atendimento por demanda e ordem de chegada, sem classificação de urgência”. (1F).*

*“Nós temos muitos pacientes com dor crônica que são acompanhados na unidade básica e solicitam medicamentos... a dor crônica especificamente não é uma coisa institucional” (4D).*

*“A maioria dos nossos pacientes são... em torno de 50 anos para mais... parece que a dor é mais evidente” (8S).*

*“A dor crônica vem aparecendo cada vez mais frequente... acredito que as equipes deveriam focar mais sim”...(8S).*

*“O acompanhamento para saber a causa da dor... depende muito do momento que o paciente foi atendido, se o médico tem tempo para conversar com ele, então, temos uma enfermeira...ela precisa de quase uma hora para conversar com o paciente... e fazer uma avaliação... só que precisa de tempo... e já tem outro paciente agendado... e outro, e outro...” (8S).*

A visão dos profissionais sobre os papéis e atribuições da atenção primária tem como base as políticas que regem as ações prestadas neste nível assistencial. Na atenção primária (AP), estabelece-se o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e, podendo o usuário ter acesso à assistência, nas diversas densidades tecnológicas, conforme suas necessidades.

O modelo que formata as densidades tecnológicas foi estabelecido em normativa do SUS e concebe um sistema hierárquico piramidal, que segue verticalmente de acordo com a complexidade relacionada aos níveis de atenção (MENDES, 2012). Este modelo fortalece a fragmentação da assistência e cerceia o acesso do usuário a uma assistência integral.

A AP deve ser resolutiva em cerca de 85% dos problemas de saúde mais prevalentes na população (MENDES 2012). O modelo preconizado em redes de atenção favorece o acesso, a integralidade e a resolutividade dos serviços. A oferta dos serviços deve ser compatível com as necessidades da população no momento da procura pelo atendimento, não deve restringir a entrada dos usuários aos serviços públicos de saúde, e apresentar-se assertiva nas ações ofertadas. A acessibilidade deve abranger os aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (STARFIELD, 2002; MENDES 2012).

Nos depoimentos dos participantes, entende-se que a AP encontra-se despreparada para perceber, acolher e possibilitar o acesso dos usuários com dores crônicas na rede assistencial. Embora as falas reconheçam os princípios normativos da atenção básica no modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015), algumas restrições no sistema contribuem para que o acesso às tecnologias seja alcançado e o modelo piramidal hierarquizado prevaleça em detrimento do modelo de RAS. A restrição ao acesso do usuário abrange o despreparo organizacional do sistema de acolhimento, a incompatibilidade da demanda com a oferta de serviços, desde as tecnologias leves às duras, o olhar dos profissionais técnicos e gestores para com os pacientes em dor crônica.

*“(...)Estamos iniciando o acolhimento para não fechar as portas e restringir, é dar primeiro a quem precisa mais”... “ofertar aquilo que o usuário precisa”... “ser assertivo” (7M).*

*“Tenho que ter um profissional qualificado para que ele consiga reconhecer o que de fato tenha que encaminhar...Atenção Básica tem que ser assertiva”. (5K)*

*“A porta de entrada do paciente de dor crônica é a AB... mas eu preciso ter essa adequação de oferta e demanda... a AB tem que ser assertiva” (5K).*

*“Se hoje, toda a atenção básica tiver com uma equipe para cada 3.000 habitantes, se toda a AB estiver bem organizada, um PA é suficiente para Joinville”. (3C)*

*“CTAB vai discutir com as 20 unidades centro o perfil da população e ações para abranger o acolhimento e demanda com o olhar para a individualidade do território... olhar para responsabilidade e vínculo” (1F).*

*“Escutar e acolher o paciente para evitar que judicialize... em 2017 será o início de reuniões para discutir o acolhimento. Quais equipes estão prontas quais precisam de sensibilização e de organização de agendas” (1F).*

*“A porta de entrada é um pouco fechada...Temos uma equipe mínima de atenção... poucos profissionais no quadro de especialistas” (7M).*

*“Alta demanda para poucos profissionais... faltam médicos nas unidades básicas e demora em contratar e substituir...falta efetividade na assistência... Necessita ampliar o quadro multiprofissional” (1F).*

A percepção dos profissionais a respeito do papel da Atenção Básica, reporta-se ao planejamento e organização da atenção à saúde com o intuito de atender as

necessidades de saúde da população, articulando ações preventivas e curativas no âmbito regional, de forma contínua e sistemática. As falas evidenciam o compromisso da AB na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, o vínculo para com ele, sendo representado no papel de ordenar e coordenar as ações de saúde compartilhando o cuidado nas várias instâncias da assistência. O programa de Saúde da Família foi apontado como uma estratégia que fortalece a coordenação das ações em saúde relacionadas ao vínculo, responsabilidade sanitária com o usuário, coordenação do cuidado e o novo olhar para uma possível estratificação de riscos. Nos depoimentos a seguir, observa-se que por meio da estratificação de risco os problemas relacionados às dores crônicas poderão se tornar visíveis na Atenção Básica.

*“AB é a ordenadora do cuidado... é a dona dos pacientes... ela tem que resolver o problema dos pacientes e se o paciente for encaminhado ao especialista, ela não pode lavar as mãos” (8S).*

*“Todo o usuário que se chama público tem como porta de entrada a AB... AB é a ordenadora do sistema... tudo deveria iniciar na porta de entrada da UBS... o paciente é nosso, ele deveria ter vínculo forte com a AB” (4D).*

*“A AB tem que ser a coordenadora, gerenciadora do caso, saber onde esse usuário caminha, porque ele abandonou um tratamento, porque ele tem dificuldade de concluir outras atividades, falta ao grupo... conhecer esses usuários, identificá-los, acompanhá-los, ouvi-los, acolhe-los, monitora-los, fazer o cuidado compartilhado ...AB não está realizando seu papel adequadamente no acolhimento” (1F).*

*“O paciente é sempre da AB... o paciente pode ser encaminhado ao especialista ou outro setor, mas ele nunca deixa de ser da AB. A AB tem total responsabilidade sobre qualquer paciente... nós fazemos o acompanhamento desse paciente” (6A).*

*“O atendimento integral é feito pela AB, ele pode até ir para a especialidade, mas esse cuidado, esse monitoramento é da Atenção Básica, é da Saúde da Família” (5K).*

*“A responsabilização do cuidado é da AB” (4D).*

*“...a Atenção Primária não tem voz, ela não se faz ouvir... é atender, atender, atender... até agora éramos fazedores de tarefas, mas nós é que sabemos quem vem a nossa porta todos os dias” (1F).*

*“...percebo a inexistência de estratificação de risco... trabalhar com estratificação de risco e vulnerabilidade de áreas é um desafio...” (7M).*

*“... estratégia de saúde da família desenvolve vínculos” (7M).*

*“A gente tem construído com os enfermeiros porque eles acabam sendo coordenadores das equipes. São eles que conduzem a maioria dos programas” (1F).*

*“Percebo a importância do agente comunitário no posto de rede, não temos”. (6A).*

*“Tanto no período de recesso, quanto feriados, quanto nos finais de semana, os pacientes crônicos pertencem a AB” (5K).*

*“A gente tem que se estruturar mais um pouco... está sendo bem interessante essa questão de distrito... estamos começando a nos estruturar... falar, olhar em direção ao território... quais são esses dados e eu tentar me organizar com minha oferta, em cima das necessidades do meu território... sobre a questão da vulnerabilidade do distrito...do território social... da região mais carente, de poucas possibilidades de acesso” (5K).*

*“No Paranaguamirim... eles têm um olhar mais para a estratificação de riscos, estão um pouquinho melhor...” (5K).*

*“Estratificação de risco é importante e necessário, principalmente estratificação de risco por família... nós tínhamos... mas a gente acabou perdendo uma ferramenta... abandonando... a gente perde muita coisa pelo caminho” (4D).*

*“Se a gente tivesse uma rede básica muito forte, resolutiva, o uso da média e alta complexidade com certeza iria ser menor” (4D).*

*“Uma equipe para um território de 4.000 pessoas... é brincar de fazer saúde da família porque não se faz... não consegue fazer... isso é matemática” (3C).*

Ao analisar as respostas ao instrumento quantitativo aplicado, evidencia-se uma visão fragmentada dos médicos sobre o papel da rede básica nas ações em saúde. Destaca-se que apenas 4,3% dos médicos entendem corretamente o papel da rede básica e 42,0% deles entendem parcialmente, conforme literatura especializada.

Ainda com relação ao papel da rede básica na assistência aos pacientes, 50,7% respondeu em desacordo com a literatura que orienta a importância de acolher o paciente, investigar a causa da dor, realizar o diagnóstico e tratar a dor.

Quando não controlada, a literatura também indica encaminhar para outro profissional capacitado na área. (MENDES, 2015; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a)

Quando indagados sobre o papel dos PAs na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas crônicas, 65,3% dos médicos respondeu em desacordo com a literatura, que orienta a importância de acolher o paciente, investigar a causa da dor, medicá-lo no PA e encaminhá-lo à rede básica. Os demais 34% estão em consonância com as recomendações do SUS para com a assistência aos pacientes que preconiza o diálogo entre as Unidades Básicas de Saúde e os PAs.

Evidências indicam que a maioria dos participantes não se encontra em consonância com a formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a integração dos PAs para que a assistência transversal e integral ao paciente componha a organização da Rede de Atenção à Saúde (MENDES 2011).

Nas falas dos entrevistados, evidencia-se que a integração sistêmica encontra-se desarticulada entre a atenção básica e os pontos de atenção à saúde ocorrendo um desajuste no diálogo entre as ações curativas, preventivas e de promoção à saúde de forma integral e contínua de qualidade, responsável e humanizada com vistas a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Um dos pontos que necessitam de ajustes encontra-se nos sistemas de informação. Mendes (2012) aborda a fragilidade dos sistemas de informação clínica, vindo a dificultar a obtenção e manutenção de informações essenciais para que os profissionais de saúde estendam o olhar para o cuidado considerando a classificação de riscos dos usuários em situações de urgência e de registros eletrônicos dos familiares. Nas condições crônicas “é impossível promover cuidados adequados sem prontuários clínicos eletrônicos” (MENDES, 2012). A carência desta tecnologia nas unidades de saúde impossibilita a robustez dos dados registrados e a fluência de informações interdisciplinares e intersetoriais nas condições crônicas. Além disso, impossibilita as Unidades Básicas de Saúde da Família a inserirem a “gestão de base populacional” e praticarem as ações de coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A utilização do prontuário clínico informatizado nas UBS do país ainda é escassa e poucas experiências consistentes são relatadas (MENDES, 2012).

*“O registro do paciente é realizado manualmente... no momento não temos um sistema integrado de comunicação (prontuário eletrônico)” (7M).*

*“Parece que existe projeto para ampliação do prontuário eletrônico para quem for atendido nos PAs... e poder visualizar na AB o que foi feito naquele atendimento” (8S).*

Os participantes (gestores) percebem a rede desarticulada e desestruturada. Eles reconhecem a necessidade de estabelecer um diálogo e integração entre os profissionais e entre os níveis hierárquicos e setoriais da assistência. Faleiros (2008) percebe a rede como sendo uma “articulação de atores” em questões nas quais circundam o campo “político, social profundamente complexa e “processualmente dialética”. Para a autora, “trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento(...)” (FALEIROS, 2008, p. 25). Neste sentido, fortalecer as relações interdisciplinares no campo do trabalho em rede requer uma política uníssona, apartidária e duradoura, no sentido de promover a integração do sistema. O matriciamento pode ser um caminho com vistas a fortalecer a integralidade das ações e melhorar a eficácia nos resultados da dor crônica na Atenção Básica. Contudo, o trabalho de rede “implica em reconhecer ainda as disputas (SCHEFFER, SILVA, 2014) entre profissionais.

*“O trabalho em rede vai além da nossa casa, além da atenção básica, além da secretaria... precisamos de amadurecimento e conversa, não de rivalidades...buscamos parceria... não posso correr o risco de ter feito todo o acolhimento, toda a escuta, ter encaminhado o usuário ao PA e ele volta me dizendo o PA quer que vocês me atendam aqui... Não posso construir com meu usuário se eu não prometer ou garantir um atendimento se o outro (PA) diz não” (1F).*

*“Falta de integração entre os pontos de atenção, hospital e SMS” e também...“O desconhecimento dos profissionais sobre os caminhos da rede integrada de serviços” (1F).*

*“Quando os pacientes acessam...nos feriados, recessos, finais de semana... outros serviços, isso acaba ficando fragmentado, a gente acaba sabendo só pelo paciente... ainda não tem integração na rede... Tem o E-SUS, mas a gente ainda não conversa com os PAs ou com o HMSJ...” (5K).*

*“Nossa conversa com a rede atualmente é pouca... a gente trabalha em casulos” (3C).*

*“Eu não vivo sozinho enquanto AB... só que numa perspectiva de redes, ainda está longe para se enxergar como se fosse uma parte do todo” (4D).*

*“Devam ocorrer a coordenação e a integração com segmentos da sociedade; pastoral igreja, assistência social, grupo de caminhadas, associação de moradores CRAAS... e melhorar a integração da AB com a rede de transporte” (1F).*

*“...O vínculo entre as diversas especialidades e a AB ainda é muito frágil, e muitas vezes depende do conhecimento de um e outro médico...” (4D).*

*“A SMS nos repassa onde há vagas de radiologia, fisioterapia, laboratórios disponíveis e fazemos o agendamento na frente do paciente... exceto ultrassom esse é um pouco mais demorado, não tem como agendar no momento, depende da secretaria que repassa a data. Alguns RX demoram quatro meses pelo SUS, exames mais complexos a demora é muito maior... e só podem ser solicitados com a autorização do especialista ou pelo próprio especialista, no ambulatório onde o paciente está sendo atendido” (8S).*

Um dos pontos fundamentais para que a rede desempenhe seu papel é o conhecimento dos profissionais da saúde a respeito dos variados pontos estabelecidos de atenção. Evidencia-se nas falas que não existe um consenso a respeito dos serviços em dor crônica ofertados pelo SUS, aos pacientes ambulatoriais, e também o número de profissionais qualificados nesta área.

O Ambulatório da Dor é um serviço vinculado à Oncologia do HMSJ que surgiu por iniciativa de dois médicos anestesiológicos em decorrência da alta demanda de pacientes que necessitavam de terapia complementar na área da dor. Em relato, um dos especialistas (9B) informou que esta modalidade de serviço teve início em 2001, com o objetivo de dar suporte ao tratamento de pacientes oncológicos no referido hospital. No entanto, o serviço ampliou voluntariamente a abrangência dos cuidados para a população encaminhada de outros pontos de atenção. A crescente demanda interna dos pacientes pós-cirúrgicos e a restrição de médicos especialistas em dor para atuarem no serviço ambulatorial da dor, impossibilitou a continuidade de oferta deste serviço à população com dor crônica. Entende-se que a decisão partiu dos profissionais médicos, considerando que os serviços prestados (especificamente no ambulatório) foram estabelecidos em um processo “informal” de trabalho e arranjos de tarefas colaborativas entre oncologistas e anestesiológicos, com forte tendência a ampliar, no hospital, as tecnologias leves-duras e duras.

*“Não existe um ambulatório de dor crônica” (1F).*



*“Tem um ambulatório de dor crônica...muitos pacientes acabam sendo tratados em paralelo entre a AB e esse ambulatório” (5K).*

*“Ambulatório da dor é coisa muito específica... demanda uso de medicamentos especiais... bomba de morfina para o autocontrole da dor...acaba concentrando no ambulatório de especialidades e aqui o paciente perde completamente o vínculo com a unidade básica... ele não procura a unidade básica... a partir daquele momento a UBS se se desresponsabiliza e diz... você a partir de agora é do ambulatório de alto risco... dor crônica” (4D).*

*“O tratamento adequado tem que ter uma rede montada com pessoas qualificadas para o atendimento, e não tem” (2V).*

A contra referência encontra-se presente nos depoimentos como sendo inexistentes ou falhas, sugerindo pontos de atenção desarticulados e com pouco diálogo entre os profissionais médicos e demais serviços. Ademais, os médicos especialistas não compartilham o diagnóstico com seus colegas da atenção primária, mantendo os pacientes que lhes foram referenciados após estabilização, unicamente sob seus cuidados. Este cenário favorece a sobrecarga de atividades dentro das especialidades e restringe o olhar e o tempo dos profissionais para a demanda de pacientes com maior risco.

*“Quando os médicos do PA atendem o paciente... e entenderem que o paciente deve ser acompanhado pelo clínico, o médico do PA solicita por escrito a UBS agendar o atendimento com a suspeita do diagnóstico... O PA encaminha para a AB avaliar a situação e encaminhar o paciente da forma mais adequada... Mas, com relação a dor crônica, o médico atende a agudização, mas não dá retorno porque não fecha o diagnóstico” (8S).*

*“O PA atende muito bem os pacientes com enxaquecas ou crise renal... o médico do PA não encaminha novamente para cá, ele não manda um históricozinho... uma evolução... o medicamento... não temos essa devolutiva... só através do paciente e da receita que o paciente geralmente trás do PA informando que ele esteve lá novamente com dor... mas formalmente de médico para médico, não” (6A).*

*“A contra referência é frágil... frágil. Alguns mandavam a contra referência em papel... mas isso é uma luta de anos... Quem sabe quando o sistema estiver mais integrado” (5K).*

*“O especialista poderia devolver o paciente para a AB... no mínimo no papel... então o v” (4D).*

*“A AB tem que ter... referência, contra referência do especialista... para manter o cuidado quando o paciente voltar para a AB... as vezes isso não ocorre” (8S).*

O sistema de regulação se apresenta nas falas como sendo uma ferramenta que organiza o acesso dos usuários aos serviços especializados, em resposta à demanda na atenção básica. Contudo, os participantes desconhecem os serviços ofertados para tratar dor crônica e as possibilidades de interação com as tecnologias de assistência. O caminho para o acesso do paciente às especialidades é realizado pelo médico das unidades básicas, dentro do consultório médico. Entretanto, ele desconhece a quem o paciente será encaminhado. Este contexto desfavorece não somente a comunicação entre os profissionais, e as possibilidades terapêuticas interdisciplinares, mas, sobre tudo dificulta o acompanhamento longitudinal deste usuário, e possivelmente venha a interferir desfavoravelmente no restabelecimento dele. Em acréscimo, o prontuário eletrônico ainda não se consolidou em todas as UB e a comunicação com os PAs e demais pontos de atenção permanece desarticulada.

*“Temos um sistema de encaminhamento por regulação on line” (7M).*

*“Central de regulação consiste em organizar o caminhar do paciente na rede, organizando a demanda que chega... e ficou aperfeiçoada em algumas especialidades... a gente deu qualidade por níveis de prioridade P1, P2, P3” (4D).*

*“Não sei dizer se os médicos que trabalham com a dor crônica estão nessa regulação” (5K).*

*“Os médicos têm contato mais próximo com as especialidades... via regulação... especificamente em dor crônica, eu não tenho esse conhecimento” (5K).*

*“Quando mando o paciente para uma especialidade, eu não sei qual especialista o paciente está indo... e o especialista que recebe o paciente não sabe quem o mandou... o especialista não tem essa vinculação, esse contato, essa possibilidade de dar uma devolutiva e ser parceiro no atendimento do usuário” (4D).*

*“Quem encaminha são os médicos, hoje não temos acesso aos que eles encaminham... o encaminhamento do paciente é feito dentro do consultório médico” (5K)*

*“O ESUS é uma ferramenta do MS... um sistema de agenda eletrônica, um prontuário eletrônico... local. Não sei se essa ferramenta vai conversar com os PAs... mas seria bem importante. As UB têm o prontuário eletrônico agora, então o papel vai deixar de existir... no momento... só para as UB. Se vai chegar um momento que o município todo vai conversar por esse prontuário eletrônico, isso eu não sei te dizer” (5K).*

O Apoio Matricial (Matriciamento) surge como uma possibilidade de assistência compartilhada, multiprofissional e interdisciplinar na oferta de cuidados, com vistas à integralidade e resolutividade da atenção aos usuários do SUS, e conta com o apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2004; CAMPOS, DOMITTI, 2007). Embora as políticas de saúde apresentem-se favoráveis às ações integradas e interdisciplinares, esta modalidade de assistência na forma presencial é restrita. Houve uma iniciativa isolada de um cardiologista, que por iniciativa própria tentou minimizar a alta demanda de casos que chegavam até ele, e que poderiam permanecer na Atenção Primária. Observa-se ainda, que alguns endocrinologistas e reumatologistas tentam realizar o apoio matricial. Institucionalmente foram poucos os avanços nas ações conjuntas em rede. Na dor crônica, o apoio matricial é inexistente.

*“A gente quer que esse matriciamento se expanda para outras áreas... para reduzir a lista de espera e retomar procedimento simples da AB” (1F).*

*“Mesmo que o paciente vá para a especialidade, ele volta e vai ser acompanhado dentro da AB... por conta disso ocorre os matriciamentos com as especialidades. O cárdio vem na Unidade e faz estudo de casos com os médicos” (5K).*

*“O matriciamento é uma especialidade também” (8S).*

*“O E SUS não é efetivo em todas as unidade e pontos de atenção” (1F).*

*“NARAS- Núcleo de Apoio as Redes de AB... que faz a ponte que liga os demais serviços... um setor que tem como um dos compromissos fazer com que serviço converse com outro, no momento em que você precisa de uma determinada coisa” (4D).*

Recentemente o acesso à informação clínica entre os profissionais da saúde acontece via digital “on-line”. O telessaúde e a telemedicina são ferramentas que possibilitam aos médicos comunicarem-se diretamente com os especialistas,

especificando o caso clínico e recebendo informações a respeito das possíveis condutas para o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas. Este sistema informatizado em rede virtual abrange o estado nas instâncias da educação profissional, consultoria clínica, apoio diagnóstico e regulação regional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta abordagem abre caminhos para o desenvolvimento da interdisciplinaridade nas ações do SUS.

*“A teleconsultoria ocorre com a comunicação entre o médico da AB e o especialista... ele orienta as possibilidades terapêuticas e a decisão de ser encaminhado e absorvido pela \*especialidade” (5K).*

*“O tele saúde é uma ferramenta que a gente está usando há dois anos desde 2014, para fazer tele consultoria e tele regulação... a gente faz tele consultoria com a ferramenta da tele saúde... e a tele regulação através da internet” (4D).*

*“O tele saúde é uma ferramenta que a gente está usando há dois anos desde 2014, para fazer tele consultoria e tele regulação... a gente faz tele consultoria com a ferramenta da tele saúde... e a tele regulação através da internet” (4D).*

*“Conforme a necessidade eles conseguem tratar o paciente no próprio posto, e se não for possível a tele consultoria já encaminha para o especialista...” (1F)*

*“A tele consultoria sempre dá retorno para o profissional, porém ela é orientadora, pedagógica... ou o especialista libera uma vaga, uma consulta presencial, ou, orienta o clínico da AB a fazer a conduta. A tele consultoria pode ser respondida por Joinville, ou pelos profissionais especialistas do”. (8S).*

*“Tele saúde nasceu no Ministério da Saúde, vinculado ao estado e município... cada estado tem um núcleo. Em Santa Catarina é pela UFSC... o núcleo faz a clínica e a consultoria... os profissionais são pagos para isso...” (4D).*

As políticas públicas de saúde constituem o conjunto de programas institucionalizados, e atividades planejadas, organizadas e desenvolvidas pelo Poder Público federal, estadual e municipal, com o intuito de assegurar os direitos constitucionais à saúde, inerentes aos cidadãos.

No contexto do SUS, a organização da atenção à saúde tem como porta de entrada a atenção primária, considerada ordenadora do cuidado em um território definido sobre o qual possui responsabilidade sanitária, devendo acolher as necessidades de saúde e ofertar assistência de forma humanizada, com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2017a). Na atualidade, a principal estratégia para efetivar

esta proposta é a Saúde da Família, que se organiza sobre uma base territorial e possui cerca de 1.000 famílias adscritas a uma equipe de saúde. A implantação do Programa de Saúde da Família, conforme Portaria 1.886/97 (BRASIL, 1997b, COSTA NETO, 2000) se destaca como estratégia, que objetiva organizar a atenção básica desenvolvendo ações direcionadas à qualificação na assistência à saúde da população. Neste cenário, os portadores de dores crônicas precisam ser acolhidos e receberem atenção compatível com o nível de complexidade preconizado para a atenção primária, pautada pelo princípio da humanização e com uma abordagem integral e não medicalizada de seu sofrimento.

A extensão das ações de saúde para o domicílio dos pacientes é uma tendência da atual política de saúde brasileira e vem sendo construída através do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) instituído pelo Ministério da Saúde em 2011 e reformulado em 2013 (Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 - BRASIL, 2013a). A Atenção Domiciliar tem se ampliado cada vez mais nos municípios (BRASIL, 2012b; 2013b; 2015). O PAD irá necessitar de profissionais habilitados para lidar com problemas de saúde crônicos ou após hospitalizações prolongadas, nos quais a dor crônica irá figurar entre os sintomas mais frequentes. Daí a importância de seu preparo adequado.

Para que os cuidados aos pacientes portadores de dor crônica sejam contínuos, integrais e assegurem a assistência aos vários pontos de atenção, de acordo com os níveis de complexidade do SUS, é necessário à organização de redes de atenção à saúde. Em 2010 o Ministério da Saúde inicia os trabalhos para organizar as redes com a finalidade de estimular o diálogo entre os variados níveis de atenção com a oferta de uma assistência contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010). Neste cenário, a atenção primária exerce o papel de coordenadora dos serviços e demais pontos de atenção à saúde. Entre eles os Pronto Atendimentos, hospitais, centros especializados em tratamento de dor e atendimento domiciliar.

Recentemente, o Ministério da Saúde, incluiu orientações para o tratamento das dores, segundo orientações da Organização Mundial da saúde. Contudo não a reconhece como um problema de saúde pública que necessite controle de sua prevalência ou de mecanismos que possam estabelecer indicadores e uma leitura de quadros epidemiológicos das manifestações dolorosas.

Os depoimentos trazem evidências de que a dor crônica não está incluída nas políticas públicas de saúde nacional, e que o consenso para as práticas profissionais neste campo terá êxito por meio de ações programadas estabelecidas pelo Ministério. Embora reconheçam a liberdade decisória na abrangência da micropolítica dos profissionais de saúde e de gestão para a construção do modelo de atenção de acordo com as necessidades regionais, os princípios norteadores da saúde da família devem ser mantidos (BRASIL, 2013c). Evidencia-se também, a tensão dos profissionais no processo de trabalho, em decorrência da alta demanda por parte dos gestores com foco no controle epidemiológico das doenças incluídas nos programas oficiais estabelecidos e a morosidade no âmbito das políticas indutivas aos mecanismos financeiros envolvidos para sua efetivação. Neste cenário, entende-se que as ações programáticas envolvam além de vontade política, educação dos profissionais e habilidades de gestão.

*“A dor crônica não está incluída nos programas institucionais do Ministério da Saúde... não tem nada específico direcionado para os profissionais que entram no SUS” (6A).*

*“A gente tem unidades muito distintas uma da outra... temos liberdade para a construção do modelo de atenção e acolhimento... mas com base no Caderno 28 da Atenção Básica do Ministério da Saúde” (1F).*

*“O MS preconiza a implantação de ESF em todas as UB, com um prazo para a implantação até 2017” (6A).*

*“Quando vem uma orientação do Ministério, isso se transforma em INDICADOR... em ação, até mesmo em fonte de recurso para os municípios, então, essa é uma prática indutiva... partir do Ministério através das práticas indutoras do MS... transforma numa diretriz com objetivos claros com acompanhamento através de indicadores” (2V).*

*“O ideal é que o Ministério tenha um olhar para esses pacientes... e crie programas de incentivo na Rede Básica” (2V).*

*“Hoje, a prioridade da rede de crônicos está na manutenção do AVC, prevenção do infarto, agudo do miocárdio, neoplasias, e tem a possibilidade de trabalhar na rede de câncer, isolada ou dentro da rede de crônicos” (2V).*

*“O MS está na frente em questão de pensar nas coisas. Só que entre eles pensarem, estabelecerem políticas indutivas e recursos necessários para que os municípios se mobilizem, existe um abismo” (2V).*

*“O ESUS é uma ferramenta do Ministério para que tudo se interligue. Começou com o cartão nacional de saúde (CNS)... todo o usuário do SUS deve ter o cartão, se não tem, tem que fazer, se ele não tiver, não consigo dar sequência no atendimento” (5K).*

*“O Ministério foca metas nos atendimentos programados... programas pré-natal”... (8S).*

*“Estamos muito condicionados aos programas e atender aquilo que vem do Ministério... as exigências do Ministério, metas a serem atingidas, determinantes da Secretaria MS... a gente não está mais conseguindo Dar conta... dessa demanda toda... uma loucura” (3C).*

*“Os Hospitais em Florianópolis, HEMOSC... eram do estado...o município se desresponsabilizou em se preocupar com políticas vinculadas em nível secundário... como os ambulatórios de especialidades... hospitais não sendo de responsabilidade do município, o município teve praticamente todo o tempo possível do mundo para organizar sua questão primária, porque ele nunca se preocupou com a rede de especialidades e muito menos com a rede hospitalar” (4D).*

*“As equipes do PSF estabelecidas pelo Ministério, contemplam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários... Em Joinville nós temos a mais, o agente administrativo” (8S).*

Esfera de abrangência econômica, os custos e investimentos impõem amplos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) que se traduzem em sub-financiamento crônico decorrente, em boa parte, da característica descentralizadora do sistema e a hegemonia de controle fiscal da União. Ao longo dos anos, houve avanços para consolidação de uma política descentralizadora de gestão voltada aos estados e municípios. Nessa trajetória, “privilegiou-se critérios e mecanismos distintos de transferências, segundo o tipo de serviço ou programa, ao invés da ideia original de repasses globais” (UGÁ et al, 2003). A política estabelecida pelo Ministério da Saúde para alocar e distribuir recursos pouco valorizou a equidade, apesar de iniciativas favoráveis à implantação da atenção primária e as ações de saúde voltadas a melhorar as necessidades de saúde de segmentos populacionais mais carentes.

Neste contexto, conhecer a distribuição de recursos da União nos distintos estados, regiões e municípios é fundamental para que se possa avaliar o planejamento e os critérios de maior equidade na distribuição dos recursos. Estudos estatísticos apontam para a distribuição *per capita* de recursos do Ministério da Saúde favoráveis ao atendimento ambulatorial de média e alta complexidade nas regiões com maior desenvolvimento econômico do país. No tocante aos recursos destinados à “infraestrutura da rede de saúde, a assistência farmacêutica, atenção básica, controle de endemias e saneamento” foram mais equânimes (UGÁ, et al., 2003).

Na última década, os recursos alocados para a Política Nacional de Atenção Básica se intensificaram com o objetivo de fortalecer as ações preventivas e melhorar as condições estruturais e de gestão das redes de atenção à saúde. Nesta trajetória, são introduzidas na rede assistencial, tecnologias destinadas à comunicação virtual, transversal e integrada dos profissionais de saúde, observando os níveis de complexidade e trazendo melhorias no atendimento (MENDES, 2015). Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica registrou, em 2016, 67 mil médicos, 69 mil enfermeiros, 260.775 agentes comunitários de saúde e 40.187 Equipes de Saúde da Família no território nacional. Evidencia-se um investimento crescente de 9,6 bilhões de reais em 2010 para 19,16 bilhões de reais em 2017 (BERALDO, 2017, BRASIL, 2017e). Em 2017 o governo propõe mudanças na Atenção Básica ampliando o suporte ofertado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família às unidades convencionais. Estabelece também a implantação obrigatória do prontuário eletrônico nas unidades básicas com custos aproximados de R\$ 1,5 bilhão ao ano, com previsão de investimento de mais 2 bilhões de reais sendo R\$ 1 bilhão para custeio/ano de novos serviços da Atenção Básica e R\$ 1 bilhão em investimento (BERALDO, 2017).

Embora a política se apresente favorável ao crescimento de financiamentos destinados à atenção básica, os depoimentos evidenciam a necessidade de equilibrar a demanda com a oferta de serviços, melhorar a gestão de recursos, modernizar o sistema, reestruturar a tributação estatal, implantar projetos destinados à assistência aos portadores de dores crônicas, custear prestadores de serviços externos destinados aos pacientes com dor crônica e implantar medidas de controle de qualidade na rede. Salienta-se que durante a pesquisa de campo nas unidades



básicas, a pesquisadora vivenciou a implantação de tecnologias de comunicação virtual na rede. Esta ferramenta útil para uma boa prática clínica, provocou também grande tensão no processo de trabalho dos profissionais, (mais enfaticamente na categoria médica), os quais mudaram sua rotina de trabalho em tempo real da assistência. Concomitante à implantação do sistema de telessaúde, teleconsultoria, e de regulação, também foram criadas novas unidades e também ampliadas fisicamente as já existentes, com o intuito de adequar o espaço físico as demandas da população. Algumas equipes foram realocadas em novos espaços de atenção.

*“A distribuição de recursos não é equitativa”... Aplicar recursos em locais que possibilite a população vulnerável ter acesso... aplicar recursos com critério de vulnerabilidade” (1F).*

*“Desconheço os recursos aplicados em dor crônica... o único conhecimento que tenho é o financiamento para o HMSJ” (6A).*

*“O município financia dois terços do total das despesas do município com relação a saúde... Ao longo dos 26 anos que estou em Joinville, nós investimos muito... e investimos muitas vezes de forma errada” (4D).*

*“É mais viável investir na AB do que investir na média e alta complexidade... porque o dinheiro é curto e historicamente... estamos atrasados” (4D).*

*“A política tributária faz com que a gente mande 100 reais e receba 17 reais de volta daquilo que produzimos” (4D).*

*“Um projeto bem escrito talvez justificaria a contratação de um serviço externo, um prestador de serviço para trabalhar a dor crônica” (3C).*

*“A SMS tem convênios com clínicas de radiologia, laboratórios, laboratório municipal clínicas de fisioterapia conveniadas... que oferecem vagas... o nosso laboratório não dá conta de fazer exames de todo o município. A gente tem que contar com os prestadores” (8S).*

*“Em 2016 inúmeras reformas físicas foram feitas nas Unidades Básicas, nos postos com um olhar para transformá-lo em PSF, segundo recomendação do MS”... (6A).*

*“Muitos atestados médicos foram apresentados neste ano (2016)” (6A).*

*“A contrapartida do município para pagar a folha de pagamento desse servidor, uma nova equipe é alta” (3C).*

*“Acredito que a organização da rede trabalhe com custos, não necessariamente com qualidade” (8S).*

*“Infelizmente a gente ouve falar que de vez em quando falta medicamentos... não com tanta frequência, mas infelizmente acontece” (8S).*

*“O paciente com dor crônica vai gerar custo para a AB...de medicação... e de profissionais para atender” (C3).*

*“A medicação não é dever do município, é dever do estado... mas o estado não repassa a parte dele” (C3).*

*“Quem define o elenco de medicamentos para a AB é o Ministério da Saúde” (2V).*

*“Passamos por algumas dificuldades com o laboratório...agora já deu uma amenizada... o valor da tabela SUS é muito baixo” (C3).*

*“Dentro da Secretaria tem um setor jurídico... que analisa a solicitação do médico, quando alguma prescrição e exames não constam na tabela SUS... Dependendo da situação e justificativa do médico, o paciente é contemplado... então não precisa judicializar” (C3).*

*“Critério de investimento voltado na figura do médico” (1F).*

*“A gente gasta muito com a atenção especializada e demandas judiciais...investir na atenção básica e regulação para reduzir gastos com especialistas “. (1F).*

*“Impactar em custos qualificando o atendimento na prevenção” (1F).*

Educação em saúde da população deve estar presente nas ações de assistência integral e alcançar a construção de saberes coletivos, proporcionando aos usuários “autonomia e capacidade de cuidar-se, cuidar de sua família e dos que estão ao seu redor” (OLIVEIRA, 2011). Nos depoimentos dos participantes, apenas uma abordagem a respeito de educação para o autocuidado foi mencionada. A falta de abordagem dos gestores, neste referido tema, reflete o olhar fragmentado deles para as ações na rede básica. Sugere também, o compromisso dos profissionais na realização de ações técnicas curativas, minimizando a cooparticipação decisória e responsável da população na construção dos saberes, individuais e coletivos, para o exercício do autocuidado.

*“A dificuldade é mudar os hábitos da população... não fazem o autocuidado” (1F).*

### **4.3 Práticas profissionais conformadoras da assistência aos pacientes com dor crônica**

Entende-se por práticas profissionais, os mecanismos terapêuticos para o controle da dor, por intermédio das condutas médicas no diagnóstico e tratamento. As práticas da boa clínica devem ser pautadas na excelência, assegurar a qualidade do tratamento e a integridade do paciente. Nesta dimensão da assistência, buscam-se as melhores evidências científicas e consensuais com o usuário, na escolha da terapia mais adequada a ele. Os protocolos podem contribuir para guiar as condutas terapêuticas com melhor eficácia nos resultados e maior segurança para o usuário.

O tratamento das dores crônicas fundamenta-se em uma série de processos terapêuticos, adaptáveis às necessidades individuais de cada paciente, que incluem métodos psicológicos, terapêutica física e terapêutica medicamentosa (MARTELETE, 1992, p.12; KOPF; PATEL, 2010; BRASIL, 2015a).

Em muitos tratamentos de dor, obtêm-se melhores resultados com a combinação de ações terapêuticas interdisciplinares que objetivam a qualidade de vida dos pacientes em dor crônica (BRASIL, 1997a, p.14).

A qualidade de vida pode ser favorecida quando o manejo dos processos dolorosos é realizado adequadamente. Na avaliação da OMS e de algumas instituições internacionais, os medicamentos analgésicos exercem um importante papel no controle da dor. Para a organização, são os analgésicos opiáceos e um pequeno número de outras medicações (antiinflamatórios não esteróides, antidepressivos) os principais recursos para o tratamento da dor (BRASIL, 1997a, p.14; KOPF; PATEL, 2010; BRASIL, 2015a). Contudo, os analgésicos opiáceos, algumas vezes denominados de narcóticos, são os componentes essenciais no tratamento dos processos dolorosos mais severos (AAPM, APS,1997). Destinados às dores de origem neurogênica e ao tratamento adjuvante, os medicamentos anticonvulsivantes e antidepressivos também são indicados (KOPF; PATEL, 2010; BRASIL, 2015a; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2012)

Em 2012, o Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica no Brasil, ainda pouco conhecidas na rede básica. O consenso da comunidade científica mundial a respeito das melhores práticas nesta área tem a finalidade de melhorar a eficácia no controle da dor e estabelecer melhores níveis de segurança durante a abordagem terapêutica. (BRASIL, 2015a, MARTELETE, 1992).

Neste cenário, a elaboração de protocolos embasados nas melhores evidências irá nortear as práticas clínicas mais seguras e eficazes. Evidencia-se nos depoimentos dos gestores, o desconhecimento sobre a inexistência de protocolos específicos para assistir pacientes com dores crônicas na rede, como também, a falta de consenso sobre a existência de uma política municipal destinada ao acompanhamento dos usuários em uso contínuo de analgésicos controlados.

Evidencia-se ainda, a inexistência de opióides “fortes” destinados a reduzir os níveis mais intensos de dor nas unidades básicas e a falta de medicamentos diversos na rede, em decorrência de processos morosos, legais e de gestão. Vale destacar que em Joinville, observa-se que a Relação Municipal de Medicamentos ofertados no SUS possui maior número de itens do que outros municípios.

Os resultados encontrados na categoria dos médicos a respeito da existência e utilização de protocolos na rede corroboram com os depoimentos dos gestores. Os resultados indicam que 72% dos médicos desconhecem protocolos clínicos e 78% não os utilizam e 6% conhecem, mas não os utilizam; 19,6% fazem associação inadequada e aproximadamente 17 % não soube responder sobre a associação destes medicamentos.

Ainda com relação à utilização de fármacos, apenas 9,9% entendem que cloridrato de morfina e metadona são os medicamentos indicados em literatura para tratar dores mais intensas. Nos PAs, o uso de meperidina supera a morfina, contrariando as recomendações da literatura científica especializada, devido à sua elevada toxicidade (ZECH et al. 1995; MINSON et al., 2011; BRASIL, 2015a). Salienta-se que 88,2% dos farmacêuticos referem conhecer o guia de tratamento medicamentoso para dores crônicas e suas associações (BRASIL, 2015a).

Quanto aos métodos cientificamente validados para avaliação, 37,8% dos médicos desconhecem e 49,6% não utilizam. Estranhamente, 11,8% dos médicos que supostamente conhecem algum método de avaliação não o utilizam. Evidencia-se, portanto, que não há um entendimento uníssono dos participantes no tocante às recomendações (MARTELETE, 1992; BRASIL, 2015a) para uma abordagem segura e eficaz para o controle dos processos dolorosos crônicos na rede.

*“Não há protocolos para atender pacientes com dor crônica..” (6A).*

*“Eu penso que devem existir protocolos, base de estudos que identifique quais são as melhores condutas para tratar a dor desses pacientes..., mas eu desconheço... penso que os protocolos não venham do Ministério” (8S).*

*“Por não haver protocolo, realmente acredito que a identificação desses pacientes na AB seria o caminho, e a proposta de tratamento que fosse além da questão medicamentosa” (2V).*

*“Se existe algum protocolo pelo SUS é feito provavelmente pelo HMSJ... na AB não tem. O que conheço são alguns tratamentos realizados pela equipe de anestesia...a gente classifica todos os pacientes da secretaria como P1, P2, P3 para encaminhamentos ao especialista, são os graus de complexidade genéricos... de acordo com as comorbidades, alterações nos resultados dos exames... no caso da dor, seria exclusivamente pela intervenção e o parecer do paciente e de suas limitações” (2V).*

*“O paciente pode agudizar... os médicos do PA atendem o paciente após ele ser avaliado com a utilização da escala de Manchester” (8S).*

*“A gente participa das reuniões internas para discutir a implantação de algum protocolo ou algumas dificuldades com as equipes” (3C).*

*“Tem que resolver a receita porque o paciente que inicia o tratamento... tem dois meses para voltar... trocar a receita, por lei a cada 2 meses, e precisa passar por duas avaliações...acompanhamento” (3C).*

*“Falta uma política municipal de acompanhamento desses casos... (casos recorrentes de pacientes que buscam por analgésicos fortes “tramadol” nos PAs)” (2V).*

*“Quem define o elenco de medicamentos para a AB, para referência, é o MS... não impede o município de adotar protocolos próprios, porém, é a questão da escassez de recursos” (2V)*

*“O elenco básico de medicamentos da AB no Brasil é inferior ao elenco de medicamentos que o município de Joinville oferta” (3C).*

*“Tratamento medicamentoso, nós temos o RENAME...que define o elenco dos medicamentos da AB, especificamente analgésicos para dor crônica” (2V).*

*“Com relação a qualidade e quantidade de medicamentos, não sei dizer se a rede está preparada para esses pacientes” (8S).*

*“Dificuldade com a falta de medicamentos” (6A).*

*“O posto de saúde não tem morfina, tem codeína” (4D).*

*“O receituário especial... é solicitado pelo Secretário Municipal de Saúde... o secretário de saúde é o único que pode assinar o pedido para confecção do receituário especial” (4D).*

*“A codeína é uma medicação controlada, nós não dispomos... só nas unidades onde têm farmacêuticos...” (8S).*

*“Muitas vezes acaba se prescrevendo medicamentos inapropriados. Esses pacientes acabam tendo algum tipo de dependência química desses medicamentos que são propostos...” (2V).*

*“A farmácia escola tem medicamentos que não estão na lista do SUS, específicos para cada patologia... remédios muito fortes como morfina, penso que só especialista pode prescrever” (6A).*

*“Há recorrência de busca desses medicamentos em pronto atendimentos... sei de alguns casos não só no setor público como no privado...Acho que era o tramadol... o paciente começava com uma lesão traumática... o paciente começava buscar cada vez mais esse medicamento nos PAs” (2V).*

*“Algo para diagnosticar e fazer o diagnóstico mais preciso ajudaria a ofertar opções terapêuticas maiores nas Unidades” (2V).*

*“O desafio é avaliar o impacto do tratamento inadequado desses pacientes... o que ele gera... Imagino que o tratamento inadequado deva estar gerando no SUS uma recorrência de consulta, uma hiperutilização do serviço de saúde, de atendimento desses casos de acordo com o grau de complexidade... alguns casos resolve com uma terapêutica razoavelmente simples que possa ser utilizada pela maioria dos pacientes na AB” (2V).*

*“Na dor... a queixa direta é o que a gente observa, só que também pode ser tendencioso, não sei se é totalmente preciso” (2V).*

*“Eu não sei o que tem de medicamento na AB... se é suficiente para o tratamento da dor crônica” (2V).*

*“O médico do PSF tendo receituário de morfina, se precisar e quiser tratar o paciente, ele pode prescrever... mas acho que morfina não está disponível no SUS, só na internação... não sei se tem parceria com a farmácia escola” (8S).*

*“A única coisa que aproxima um pouco as condutas médicas... é a prescrição de medicamentos analgésicos, disponibilizados pelo SUS... exemplo a codeína... o*

*único disponível... mas o paciente é questionado se ele poderia comprar medicamento na farmácia comercial, aí a conduta muda”... (8S).*

*“Alguns profissionais conhecem os medicamentos, outros profissionais não... então, eu não percebo a conduta médica no tratamento como sendo uniforme” (8S).*

A assistência fragmentada expressa a dificuldade do modelo assistencial do SUS em superar o modelo biomédico, especializante, medicalizante e fragmentado, centrado no médico e na doença, e os critérios estabelecidos nas práticas, com o objetivo de estabelecer mecanismos que garantam o cuidado seguro e eficaz aos portadores de dor crônica.

O modelo biomédico emerge neste contexto sob forte influência do relatório Flexner, publicado no início do século passado, e estabelece uma referência na orientação do ensino médico com importantes desdobramentos para a prática da medicina atual (PAGLIOSA; Da ROS, 2008), ao estabelecer que a doença manifestada individualmente deva ser a centralidade dos estudos médicos, devendo ser observada e analisada como um curso biológico e natural. As manifestações coletivas e seu contexto sócio ambiental não são vistos como relevantes na formação médica, como também não são envolvidas no transcurso da saúde ao adoecimento (SANTOS, 1986; PAGLIOSA, Da ROS, 2008).

As falas dos entrevistados reportam as características deste modelo, seja reforçando-o, seja criticando-o.

A educação médica, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e nas ações curativas realizadas no âmbito hospitalar, guiaram os programas de educação médica a uma visão reducionista. O processo saúde-doença é focado sob a ótica “biologicista, unicausal” com espaço reduzido para as implicações sócio, econômica, e psicológica em que a saúde se configura, e que vai além do exercício profissional de uma classe (PAGLIOSA, Da ROS, 2008).

Estudos nas áreas da neurociência e da psicologia cognitiva esclarecem o processo de aprendizagem e como ele ocorre. São os acontecimentos, e a interpretação deles melhor memorizados quando não são somente memorizados, teorizados, e transmitidos verticalmente, mas “quando ensinados, praticados e avaliados no contexto em que são usados” (PAGLIOSA, Da ROS, 2008).

Neste pensamento, configura-se o exercício profissional no espaço da atenção básica favorável à aprendizagem e ao aprimoramento técnico dos

profissionais, pois a grande transitoriedade da base de conhecimentos necessários a elucidar e tratar as dores crônicas exige a capacidade de aprender contínua e ininterruptamente. Há que se ter compromisso com a realidade em que se apresentam as necessidades da população.

Percebe-se, no entanto, que as críticas ao modelo Flexner proposto há quase cem anos estão presentes no campo estudado. A concepção de saúde–doença como também os modelos de atenção à saúde e as políticas públicas nacionais podem gradativamente produzir transformações, tanto na formação médica como em sua práxis, considerando as múltiplas dimensões da população que procura assistência e cuidados em saúde (PAGLIOSA, Da ROS, 2008).

Os resultados encontrados na percepção dos médicos a respeito dos fatores biológicos, psicológicos sociais e espirituais que podem influenciar o limiar das manifestações dolorosas (LIBRACK,1997; FAULL et al 1998; DUNLOP 1997), 11,3% desconsideram estes fatores e 88,7% dos participantes consideram parcialmente. O modelo biomédico também se reafirma nas relações entre os profissionais médicos. Em campo, a pesquisadora colheu depoimentos e experiências médicas com relação aos demais profissionais da rede. “... a formação médica é individualista. O individualismo e a competitividade definem o mercado profissional” (médica UBPG).

Os dados convergem para o modelo biomédico na atenção, fortemente presente nas práticas profissionais, e evidenciado nos depoimentos dos gestores da AB.

*“Tanto na promoção quanto na atenção, o atendimento é todo médico centrado”... ele não consegue trabalhar vários pontos porque a alta demanda sobrecarrega esse profissional”... as vezes fazem um diagnóstico antecipado... tratando tudo como fibromialgia” (6A).*

*“Anna, digo para ti com toda sinceridade, o sistema público de saúde de Joinville é formado de ilhas de excelência. Nós temos bons serviços dentro das especialidades, bons serviços em diversas áreas que pouco se conversam... nós somos um arquipélago em algumas situações” (4D).*

*“Penso que a visão para com os pacientes com dor crônica está muito voltada para a medicalização... não para outras formas de tratamento...infelizmente ainda não se voltaram para a terapia... as práticas integrativas” (3C).*



*“Eu acredito que a dor é deixada em segundo plano... o profissional ainda não está preparado para ter essa visão mais ampla como fatores psicológicos, não somente físicas” (8S).*

*“A rede é fragmentada... cada um olha a sua área de especialidade” (8S).*

*“O especialista mantém o paciente com ele” (4D).*

*“Dificuldade da relação entre o NASF e as equipes, pela prática das equipes em não saber trabalhar em grupo... o NASF não é um grupo de atendimento individual, ele é um núcleo de apoio matricial da ESF... o NASF veio para fortalecer a equipe e não para substituir a equipe” (4D).*

*“A responsabilização do cuidado... isso é difícil, é difícil. Não é todo o profissional, toda a equipe que assume esse tipo de responsabilidade. São poucos profissionais que abraçam essa causa” (4D).*

*“É muito forte a questão da dor na oncologia, ela acaba sendo deslocada da AB, fica lá no HMSJ... no CACON (centro de alta complexidade em oncologia)” (4D).*

*“Esse povo tem que sair da casinha... se mostrar para o mundo... são excelentes profissionais, fazem uma medicina de 1º mundo... venderem um o serviço deles para um sistema que é único... vem aqui conversar com a gente, se coloque a disposição... porque vai ser difícil a gente ir lá... tu achas que um secretário de saúde vai saber que existe ambulatório da dor? lá escondido dentro do HMSJ” (4D).*

*“A dor é interpretada como decorrência de uma patologia, porém ela é tratada quase de forma aguda... no dia que o paciente vem com dor, ele é medicado para dor” (8S).*

*“Eu acredito que a dor é deixada em segundo plano... o profissional ainda não está preparado para ter essa visão mais ampla como fatores psicológicas, não somente físicas” (8S).*

Em oposição ao modelo biomédico, ampliam-se as contribuições teóricas a respeito das possíveis mudanças na organização tecnológica do trabalho, imprimindo mudanças a partir das relações subjetivas nesse processo. Merhy (1997), classifica os arranjos de trabalho em tecnologia duras, leves- duras e duras.

Tecnologia dura, refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente (MERHY,1997; ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A interdisciplinaridade, portanto, consiste na integração entre profissionais de diversas áreas disciplinares, estabelecendo-se relações de vínculos, produzindo-se responsabilidade na resolução de problemas, numa dinâmica de assistência aos usuários do SUS. O trabalho na perspectiva interdisciplinar congrega a ciência, tecnologia e prática, envolvendo o processo de saúde-doença e cuidado no campo biológico, psicológico, social e cultural. A interdisciplinaridade por definição resulta a “um grupo de disciplinas conexas cujas relações seriam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Com o intuito de averiguar a opinião dos profissionais médicos a respeito das categorias profissionais que seriam necessárias para conduzir o tratamento da dor crônica constatou-se que: 17,3% das respostas indicam o médico especialista em dor como sendo um profissional necessário para conduzir o tratamento e as demais respostas referem a necessidade de outros profissionais de saúde. 72% dos farmacêuticos referem orientar os usuários sobre a medicação ofertada na rede, e 27,3% deles entendem que essa função deve ser realizada pelos médicos.

As falas dos gestores demonstram as tentativas isoladas de ações interdisciplinares desenvolvidas por médicos e fisioterapeutas nas unidades básicas convencionais. Entretanto, não há um consenso “institucional” para o fortalecimento de ações integradas além da Estratégia de Saúde da Família.

*“A Unidade básica tem pouco envolvimento, o médico, enfermeiro ficam centrados, não têm o hábito de envolver grupos de cuidado e de controle, talvez mude com o acolhimento” (1F).*

*“O tratamento não é multiprofissional ou interdisciplinar” (6A).*

*“Há tentativas multidisciplinares isoladas, pontuais, centrada em uma única médica... Não é institucionalizado... o tratamento não é multiprofissional ou interdisciplinar” (6A).*

*“Na estratégia de saúde da família, o cuidado já é compartilhado na discussão de caso com a equipe” (1F).*

*“Devemos olhar o contexto social e vulnerabilidade... “o ser humano não é feito de carne, se a mente dele não está bem, o corpo vai manifestar” (1F).*

*“Mais Saúde tem uma educadora física... que é do núcleo de apoiar... a gente percebe o quanto isso melhora na adesão de todos os tratamentos do paciente dentro do seu território... movimento que eu espero avançar... que tenha mais profissionais de outras áreas para que possa agregar no atendimento... essas práticas integrativas vindas do Ministério como guias e o município tem buscado trazer para nós” (5K).*

*“Eu acredito que a dor é deixada em segundo plano... o profissional ainda não está preparado para ter essa visão mais ampla como fatores psicológicas, não somente físicas” (8S).*

Em relação à gestão do SUS, identifica-se um certo perfil nas práticas de gestão e governança. O desenvolvimento de práticas na gestão, abrange mecanismos formais e informais envolvendo participantes da Secretaria Municipal de Saúde e organizações diversas, de modo que os interesses confluem a propósitos comuns, dialogados entre as partes envolvidas, com a finalidade de assegurar ao usuário o direito ao acesso universal e equânime à saúde. A atuação sobre os determinantes sociais que se apresentam ao longo da vida dos indivíduos com a finalidade de reduzir a prevalência das morbidades crônicas e impossibilidades físicas (GEIB, 2012), requer um planejamento estratégico, com reconhecimento das necessidades (com dados estatísticos organizados, conhecimento da população adstrita, protocolos estabelecidos para orientar ações iniciais) e atuação com ênfase na prevenção de possíveis agravos. Estes aspectos são necessários para organizar os serviços. Contemplar os variados aspectos econômicos, políticos, ideológicos sociais e técnicos que interferem na qualidade da assistência ao usuário são igualmente importantes. Planejar na área da saúde requer conhecimento de práticas de gestão e o desenvolvimento de habilidades que estimulem a participação, organize o trabalho e reduza a alienação (PAIM, 2006), nem sempre valorizadas nos serviços públicos de saúde. Alguns aspectos no campo da gestão, entretanto, dificultam alcançar maior resolutividade (AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012). Estudos apontam o baixo índice (71,1%) de gestores na Atenção Primária que não

receberam treinamento específico para o exercício desta função (OHIRA; CORDONI JR; NUNES, 2014). Evidencia-se o despreparo político e técnico tanto dos gestores quanto dos profissionais da saúde em exercício nas atividades burocráticas e de gestão que envolvam habilidades de comunicação nas diversas dimensões das relações interpessoais. Salienta-se ainda, a inaptidão deles para as questões que contemplam a saúde coletiva e tomada de decisões centralizadoras que dificultam a participação dos variados segmentos da comunidade que exijam arranjos criativos na solução de problemas (AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012).

Entende-se que o perfil das práticas de gestão em saúde e que determinam os processos decisórios, também podem interferir nos estados de saúde e doença dos usuários. Os depoimentos dos gestores evidenciam que o planejamento e a organização do processo de trabalho ocorrem setorialmente, observando-se o território e adstrição dos usuários com a intenção de qualificar os serviços. No entanto, dificuldades são apresentadas no tocante aos serviços burocráticos, legais, estruturais e gerencial envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde.

*“Há demora em contratar e substituir profissionais” (1F).*

*“Faltam condições para o trabalho, pouco tempo para a consulta, falta computador, equipamentos, e tecnologias, conforto...” (1F).*

*“Equipe técnica que atua como multiplicadora CTAB insuficiente em número de profissionais... Desconhecimento da CTAB sobre dor crônica” (1F).*

*“As equipes no início de cada ano fazem um planejamento local de saúde para aquele ano” (8S).*

*“Vejo a importância de organizar o sistema...planejar para tornar visível esse usuário...e qualificar o atendimento na prevenção” (1F).*

*“Falta planejamento nessas questões de licitação... há muita medicação... um elenco grande de medicamentos, passa pela mão de muitas pessoas o processo de licitação, o processo é mais moroso no serviço público” (3C).*

*“As dificuldades se configuram em fazer o planejamento desconhecendo os casos... há contratos temporários, morosidade na inserção de outro profissional...ocorre a descontinuidade da assistência interrompendo programas” (7M).*

*“Precisamos de organização e planejamento para começar a formar formadores em dor crônica... criar uma comissão para ver o problema e ordenar*

*trabalhos na AB...a importância de planejar para tornar visível esse usuário... e, impactar em custos qualificando o atendimento na prevenção” (1F).*

*“Falta apoio e estrutura da SMS para atividades alternativas... alguns profissionais criam alternativas de cuidado para atingir objetivos como pé diabético, hanseníase... mas se ele parar... Enquanto a tecnologia não acompanhar o investimento de informática e o gerenciamento desse processo não evoluir, a gente vai ter fragilidade na obtenção desses indicadores” (1F).*

*“A gente precisa de organização desse planejamento para formar formadores... há fragilidade da nossa secretaria, da nossa gestão ninguém sabe continuar o trabalho dele... não tem apoio, não se sentem pertencentes” (1F).*

*“Deve haver um levantamento de problemas que se leva para o gestor, para ele auxiliar nesse planejamento, controle e organização... o planejamento do que vai ser feito no posto é anual... o que vai ser o olhar naquele ano” (6A).*

*“É um trabalho conjunto, todos são envolvidos... deve iniciar com os três gerentes da AB, da referência e do planejamento controle e avaliação... vai depender do desdobramento da ação do outro” (1F).*

*“A coordenação vem por convite... nenhuma escolha pelo perfil, comportamento, referência... Nenhuma formação específica do gestor, a capacitação vem por iniciativa própria, por necessidade de aprender... tem que ter sensibilidade que o cargo exige” (1F).*

*“Quando a gente oportuniza pessoas que têm vontade de aprender já é um grande passo” (1F).*

*“Depende também do perfil das pessoas... as pessoas não têm perfil, você joga lá e não dá certo... e aí você tem dificuldades... um médico de Florianópolis que estava nos acompanhando, hoje ele é diretor da saúde primária, disse: olha, se eu soubesse a dor de cabeça que eu estava criando, eu não criava mais, referindo-se aos NASP” (4D).*

*“Trazer a tecnologia mais próxima as áreas de vulnerabilidade e de risco para garantir resolutividade” (1F).*

*“Criar grupos alternativos para o controle, cuidado, orientação da dor como estratégia com baixo investimento... não são recursos de investimento alto, é direcionamento desse recurso... falta apoio da SMS para inovações e alternativas isoladas...” (1F).*

*“Dar condições as equipes...a valorização é muito mais que monetária é respeito ao trabalho do profissional de saúde, o que ele é capaz de fazer, se ele tem braços para alcançar diante da demanda... proporcionar equipes suficientes ao número da população... não posso ter um médico para seis mil pessoas como é a realidade em algumas unidades. No PSF é um médico para três mil e quinhentos habitantes... se não respeitar essa ótica, não vou ter trabalho efetivo algum” (1F).*

*“A gente tem autonomia, tem liberdade para implantar coisas novas desde que a gestão concorde. A SMS, gerente da AB, referência entenderem isso como prioridade, trabalhar isso com os coordenadores, coordenadores com as equipes, se houver uma cobrança por um longo período para que transforma numa rotina, também funciona” (2V).*

*“A gente tem autonomia, tem liberdade para implantar coisas novas desde que a gestão concorde” (2V).*

*“Na situação atual eu aconselho a quem está fazendo a se mostrar... nós temos um ambulatório bacana, vocês querem comprar a ideia? vem apresentar, porque eu não vou atrás” (4D).*

A educação em saúde dos profissionais consiste na educação formal, permanente e continuada, como política norteadora do SUS. A educação permanente e continuada emergiu das políticas públicas de consolidação da Estratégia da Saúde da Família a partir da orientação da Atenção Básica, pautada na visão transformadora do modelo assistencial biomédico (FIGUEIREDO; GOUVEA; SILVA, 2017). Este contexto fortaleceu a necessidade de superar o sentido curativo e a educação dos profissionais da saúde concebida sob o olhar técnico gerencial.

Este modelo de assistência reitera o compromisso do profissional de saúde para com o cuidado e de sua percepção de vulnerabilidade, risco e necessidade de saúde, relacionados aos usuários da rede básica de saúde. Na abrangência da atenção básica, a tecnologia representa um importante papel estruturante para que ocorra mudança de paradigma da assistência à população, mais especificamente aos portadores de processos dolorosos crônicos. Entende-se como risco a possibilidade de perigo (SANTOS; NEVES; CABRAL, 2018), ainda que incerto mas previsível, de ameaça de dano a alguém. O termo vulnerabilidade especifica a particularidade de um estado de fragilidade (SANTOS; NEVES; CABRAL, 2018).

Diante do exposto, é um desafio para a saúde pública propiciar tecnologias, dispositivos e instrumentos que apoiem a construção de práticas qualificadas, para responder às necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões. O usuário concebe a necessidade de saúde em quatro dimensões: a qualidade de vida, o acesso as variadas tecnologias ofertadas na rede, ampliação da expectativa de vida e bons relacionamentos com os profissionais de saúde (FRANCO et al., 2012).

Conhecer a realidade do usuário a partir da produção do conhecimento requer a busca de novos instrumentos que possibilitem perceber a realidade de vida e saúde e que contribuam na leitura das necessidades e no desencadeamento de projetos que interfiram e gerem mudanças almejadas: assistir aos segmentos sociais mais carentes de apoio para conquistar autonomia, exercendo o autocuidado, vivendo com qualidade, em um cenário da equidade e da justiça social (BERTOLOZZI et al., 2009).

Freire (1985), concebe que “a primeira condição para que se possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir”.

Nesse contexto teórico, percebe-se a relevância dos programas de Saúde da Família, em cujo envolvimento interdisciplinar e dinâmico dos profissionais com a comunidade, permite abordagens de cunho informativo, reflexivo e educativo dos profissionais, favorecendo ao ato comprometido para mudar a realidade assistencial da comunidade local.

Desde que haja sensibilidade para perceber essa realidade, a ação segura e adequada requer conhecimentos específicos, com bases científicas que fundamentem as ações.

Na abordagem de Nietzsche (2000), as ações são complexamente redimensionadas, de forma que a assistência, embasada cientificamente, recebe destaque. A autora recorre às definições de Boulding e, posteriormente, Lenk que definem tecnologia como sendo “um processo, um conjunto complexo de ações, tanto por meio de instrumentos humanos, quanto materiais, os quais são utilizados para atingir metas de segurança”. Ela amplia o conceito redefinindo-o como “um conjunto de conhecimentos científicos para serem utilizados na transformação e produção de bens e serviços”.

Medeiros (1995), concebe a tecnologia como “o conhecimento utilizado na criação ou aperfeiçoamento de produtos e meios. É o conjunto de conhecimentos,

práticos ou científicos, aplicados à obtenção, distribuição e comercialização de bens e serviços” (MEDEIROS, 1995 citado por NITSCKE, 2000).

Para Nitscke, essa definição de tecnologia une a técnica à habilidade natural aos conhecimentos práticos ou científicos que foram sendo acumulados ao longo dos anos. Portanto, a tecnologia une o saber ao fazer (NITSCKE, 2000).

Outro marco importante nessa trajetória é dado por Habermas (1987 apud Nitscke, 2000) quando dá à tecnologia uma conotação metodológica, definindo-a como sendo “proposições que estabelecem as formas de proceder, mas não são elas mesmas meios técnicos” (NITSCKE, 2000).

Neste contexto, está presente nos discursos a necessidade de formação adequada dos profissionais da saúde para assistir os usuários com dor crônica. As falas discorrem sobre a fragilidade do conhecimento e compreensão das equipes para perceberem as necessidades deste usuário, a importância da qualificação por meio de capacitações em rede, o importante papel da escola nas unidades básicas, a comunicação digital em rede como importante instrumento de conhecimento e melhorias da atenção.

*“Usuário poliqueixoso ninguém quer mais atender...meu Deus lá vem fulano, é chata, não sai daqui, dá logo o que ela quer, faz logo a consulta para ir embora... não é isso... o que a traz toda a semana aqui? De alguma forma ela confia em nós, se não, ela não viria... a grande fragilidade é as equipes compreenderem ou terem tempo para compreender, serem ensinadas a olhar a esse respeito, olhar o que o outro sinaliza... a importância de olhar para essa integralidade e trabalhar a equipe para ser sensível a esse olhar” (1F).*

*“Acredito que o atendimento prestado a população, pelos profissionais de saúde, venha de uma formação mais individual” (6A).*

*“Quando falo em instrumentalizar o tele saúde disponibiliza o material educativo para todos... aula, biblioteca... é uma forma de instrumentalizar a dor crônica e outras patologias que são atendidas na AB... o profissional se cadastra no tele saúde e também tem acesso a regulação” (5K).*

*“Panaguamirim é uma unidade escola com duas médicas geral comunitária, especialistas, são professoras de medicina, então tem aula o ano inteiro... o olhar daquela equipe é diferenciado” (5K).*



*“A importância da qualificação profissional...especialistas em saúde da família... eles têm esse olhar mais abrangente para o indivíduo” (5K).*

*“A integralidade passa pela qualificação dos profissionais... desde aquele que atende no balcão já tem esse olhar na saúde coletiva, no território... o território tem vulnerabilidades” (5K).*

*“Talvez tenhamos que qualificar os profissionais da AB... O profissional da AB deveria estar mais capacitado possível para atender grande parte dos problemas... porque há uma tendência em tirar aquilo que é da AB e mandar para o especialista” (2V).*

#### **4.4 A Organização das redes na assistência aos pacientes com Dor Crônica: um diálogo entre possibilidades**

A organização da rede se concretiza no protagonismo dos atores, que mediam os múltiplos diálogos interdisciplinares e intersetoriais e possibilitam concretizar o ideário do cuidado no SUS. O diálogo entre as possibilidades de construir as redes de assistência aos pacientes com dor crônica transita na construção de saberes e práticas, mas, acima de tudo, nas dificuldades que desafiam esta construção.

Os serviços de saúde atuam em um modelo preponderantemente biomédico de conduzir a organização das práticas de saúde. A assistência é pautada em ações prescritivas que valorizam o campo biológico e minimizam os determinantes sociais e ambientais condicionantes no curso da saúde e doença. (CECÍLIO, 1994; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992; DONANGELO; FERREIRA, 1976 citados por MALTA; MERHY, 2010). Este modelo resulta em custos elevados destinados a suprir exames diagnósticos e fármacos (tecnologia dura), entretanto, limitantes para atender as múltiplas dimensões que determinam a saúde. As ações fragmentadas compõem um contexto desarticulado comprometendo a eficácia dos serviços (MALTA et al., 2004). O desconhecimento técnico e de fluxo de serviços ofertados na rede corrobora para que numa perspectiva intersetorial, os problemas multicausais perpassem todas as instâncias técnicas e administrativas, e recaiam no usuário os efeitos dos arranjos organizacionais (INOJOSA, 1998; JUNQUEIRA, 1998; AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012).

A micropolítica, “fenômenos capilares” (FOUCAULT) exercida no processo de trabalho, o entendimento da organização do sistema, os fatores que condicionam e determinam os caminhos da saúde e a dor crônica na ampla abrangência da “*promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação*” devem ser repensados e reconduzidos na rede (MALTA et al., 2004). Neste contexto, o cuidado com os pacientes portadores de dores crônicas também se configura e se redefine no campo da gestão. A interação das circunstâncias que determinam a incidência e a prevalência dos processos dolorosos no campo social, educativo, legal, gestão da saúde, e as diversas tecnologias que qualificam a assistência se materializam na gênese do cuidado, influenciando fortemente o processo de ser saudável e adoecer (MALTA; MERHY, 2010).

A transformação epidemiológica no Brasil caminha para o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) caracterizando-se na tripla carga de doenças (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Neste cenário, o envelhecimento conduz a elevada prevalência de dores crônicas, que se manifestam mais frequentemente nos idosos (SILVA et al., 2013) e em uma miríade de morbidades (doenças auto imunes, degenerativas, osteoarticulares, neurológicas, pós-traumática entre outras), contribuindo para o aumento de dores e incapacidades (SILVA et al., 2013; HUNG et al., 2012; SANTOS et al., 2010; PEREIRA et al., 2014) e aumentando a demanda por tecnologias e serviços organizados a atender as necessidades dos usuários (MALTA et al., 2006; MALTA; MERHY, 2010). “*Torna-se fundamental repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos*” (MALTA; MERHY, 2010), a partir dos possíveis diálogos interdisciplinares. Os discursos dos gestores apontam para diversas dificuldades (também denominadas por eles como sendo desafios) encontradas no processo de planejamento e gestão, tais como: o desconhecimento técnico e de fluxo de serviços prestados na rede, relacionado aos portadores de dor crônica; falta de profissionais; trâmites administrativos e legais morosos na contratação de profissionais da rede, dificultando o acesso do usuário à assistência e às ações longitudinais, relações intersetoriais tensas em virtude da falta de incentivos na gestão, recursos insuficientes, excesso de burocracia, trabalhar com estratificação de risco, considerando as desigualdades da população nos respectivos territórios, falta de efetividade dos instrumentos tecnológicos de

comunicação digital, dificultando a assistência. Em última instância, as falas apresentam como um desafio mais abrangente: atender a demanda adequadamente, reconhecer a dor como um problema de saúde pública, valorizar a equipe, mudar paradigmas.

*“Diagnóstico... dor crônica é uma praia nova, o desafio é começar alguma coisa” (7M).*

*As dificuldades se configuram em fazer o planejamento desconhecendo os casos... há contratos temporários, morosidade na inserção de outro profissional...ocorre a descontinuidade da assistência interrompendo programas” (7M).*

*“Vejo duas grandes dificuldades na atenção aos pacientes com dor crônica: conseguir que o usuário de fato chegue, consiga entrar pela AB, mas preciso ter essa adequação de oferta e demanda... melhorando a oferta a esse paciente... muitas vezes o paciente não consegue completar o número de sessões porque a clínica é longe e muitas vezes ele não tem acesso a meio de transporte” (5K).*

*“Morosidade na inserção de outro profissional nas vagas existentes” (7M).*

*“Diagnosticar a dor crônica” (7M).*

*“Contratos temporários é uma dificuldade pela descontinuidade da assistência... interrompe os programas pela falta de profissionais” (7M).*

*“Dificuldade para direcionar o paciente de acordo com a demanda e dar continuidade com atividades específicas, complementares como exercícios, caminhadas” (7M).*

*“Dificuldade para realizar o planejamento para esses pacientes... considerando o desconhecimento sobre o número de casos existentes” (7M).*

*“Desconhecimento dos profissionais sobre os caminhos entre os serviços” (1F).*

*“Há fragilidade da secretaria da nossa gestão...falta incentivo, excesso de burocracia e recursos insuficientes” (1F).*

*“Precisamos de amadurecimento e conversar, não de rivalidade com os PAs” (1F).*

*“Necessidade de mais profissionais para... cumprir a agenda e atender todos os programas... respeitar a capacidade das equipes” (1F).*

*“Desigualdades de necessidades da população adstrita em cada território” (1F).*

*“E-SUS não é efetivo em todas as unidades e pontos de atenção... enquanto a tecnologia não acompanhar o investimento de informática, e o gerenciamento desse processo não evoluir, a gente vai ter fragilidade na atenção...” (1F).*

*“O PAM não tem condições de fazer estratificação de risco... temos que melhorar o processo de acolhimento desses pacientes...” (6A).*

*“Nos postos de rede, não temos a leitura melhor da área de abrangência como no PSF e aqueles com agentes comunitários... não temos pessoal para conseguirmos fazer esse trabalho... somos policlínica, o trabalho é realizado com critério da urgência da demanda” (6A).*

*“A dor crônica afeta... transforma muito a vida das pessoas... no trabalho, nos relacionamentos...em todo o seu entorno... desencadeando outras doenças na área da saúde mental... o impacto na vida das pessoas é grande... a população exige muitas vezes recursos financeiros... as dificuldades nessa área estão em ofertar outras práticas, não só o tratamento com medicamentos...” (5K).*

*“A dor vem com subtítulos: dor lombar, cervical, muito na área osteomuscular...mas não com o diagnóstico de dor crônica... vem a necessidade de ofertar terapias integrativas (fisioterapia, acupuntura) para pacientes que têm queixas diversas” (2V).*

*“A dor crônica não é uma coisa institucional... os pacientes não pertencem a um grupo especial... ela é vista como sintoma dentro de outras patologias” (4D).*

*“A dificuldades está desde a formação médica, a questões sociais como a falta de passes para o usuário mais carente se locomover” (8S).*

*“A falta de profissionais disponíveis... e cumprir as exigências, as metas institucionais que condicionam as equipes” (C3).*

*“A dificuldade é mudar os hábitos da população... não fazem o autocuidado” (1F).*

*“O desafio, primeiramente é o MS colocar a dor crônica como prioridade” (2V).*

*“Reduzir a demanda judicial” (1F).*

*“Proporcionar equipe suficiente ao número da população... se não respeitar essa ótica eu não vou ter nenhum trabalho efetivo” (1F).*

*“Dar condições as equipes... a valorização é muito mais que monetária, é um respeito ao trabalho do profissional de saúde, o que ele é capaz de fazer... braços para alcançar diante da demanda” (1F).*

*“As grandes massas de vulnerabilidade estão na zona sul, as equipes enroladas estão lá” (1F).*

*“Realizar o tratamento contemplando todas as necessidades... no momento, não conseguimos abraçar tudo ao mesmo tempo...” (6A).*

*“O desafio é conhecer esse paciente... conhecer e reconhecer o que ele tem... saber o diagnóstico” (5K).*

*“Penso que o desafio é o Ministério da Saúde ver a dor crônica como prioridade... e avaliar o impacto... as consequências da dor nos pacientes” (2V).*

*“Estabelecer um fluxo de atendimento do diagnóstico aos encaminhamentos desses casos, de acordo com o grau de complexidade” (2V).*

*“O desafio é começar alguma coisa... criar grupos de dor crônica como os hipertensos e diabéticos...” (7M).*

*“Trabalhar com estratificação de risco” (7M).*

*“O desafio é mostrar que existe... resolver o que é um problema... e verificar o que a gente pode fazer para ajudar... fazer o levantamento da demanda desses pacientes... se pensar em terapias complementares e no ambulatório da dor” (8S).*

*“Promover mudanças na assistência para os adoecidos e trabalhar mais na prevenção” (C3).*

*“O desafio é avaliar o impacto do tratamento inadequado desses pacientes... o que ele gera... Imagino que o tratamento inadequado deva estar gerando no SUS uma recorrência de consulta, uma hiperutilização do serviço de saúde, de atendimento desses casos de acordo com o grau de complexidade... alguns casos resolve-se com uma terapêutica razoavelmente simples que possa ser utilizada pela maioria dos pacientes na AB” (2V).*

As propostas de melhorias, expressam a percepção dos sujeitos a respeito do ideário de trabalho na rede. No trabalho em saúde encontram-se os conhecimentos distintos na área clínica, epidemiológica, educacional e organizacional nas tecnologias acessíveis direcionadas ao atendimento das necessidades de saúde. O desenvolvimento do trabalho em saúde caracteriza-se distintamente dos demais serviços tendo em vista que o usuário não detém os saberes envolvidos nos

procedimentos técnicos para melhor escolher o que irá utilizar destes serviços. Compartilhar as especificidades de outros setores e demais serviços apropriando-se de tecnologias e somando recursos técnicos e cognitivos depende de um trabalho coletivo.

Cabe ressaltar a centralidade do trabalho médico, sua prática é o núcleo do qual derivam outros trabalhos. Garantir a articulação dos diversos profissionais na prestação da assistência é um grande desafio ao se repensar o processo de trabalho em saúde. (MALTA; MERHY, 2003).

Esta característica segmentária do processo de trabalho médico se estende aos demais profissionais e aliena os trabalhadores para os resultados da assistência. O trabalho em saúde estabelece teias complexas de diferentes especificidades, conhecimentos e instrumentos (MALTA; MERHY, 2003) fundamentais para a garantia dos princípios ordenadores das redes (MALTA; MERHY, 2003; MERHY; FRANCO, 2007; FEUERWERKER, 2014). Quando o profissional da saúde nas múltiplas áreas de formação imerge nos saberes técnicos, científicos, e de relacionamento profícuo (FIGUEIRA, et al., 2018; FEUERWERKER, 2014), evolui para sua liberdade decisória, apoiado pelos demais profissionais e advoga em prol da saúde do usuário. A fragmentação contrapõe-se à advocacia em saúde (FIGUEIRA, et al., 2018).

A liberdade dos profissionais de agirem e decidirem na especificidade das atividades laborais conduz a cuidados mais abrangentes, quando a vivência no trabalho corresponde a suas expectativas.

Em situação oposta, no entanto, ocorre o encarceramento das regras impedindo o atendimento das necessidades do usuário; ou ainda, a reprodução automática da conduta às queixas, sem a observância das peculiaridades individuais, opondo-se à integralidade do cuidado (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FRANCO, 2007). Situações como a alta demanda burocrática, labor exaustivo, falta de autonomia dos profissionais, inadequada referência e contra referência, ausência de participação política do usuário e ausência de corresponsabilização, perfil inadequado dos profissionais para atuarem disciplinarmente na rede e deficiência de recursos constituem barreiras que dificultam a advocacia dos usuários (FIGUEIRA, et al., 2018).

Neste cenário, as “linhas de fuga” (linhas onde transcorrem a política de organização, a gestão e a participação social na unidade de saúde) se apresentam

na micropolítica como alternativa possível para reconduzir a percepção hierarquizada e passiva dos sujeitos diante do conhecimento (FIGUEIREDO; GOUVÊA; SILVA, 2017; FEUERWERKER, 2014; SILVA, 2012).

A dinâmica constante e diversificada das práticas geradoras de tensão “*proceso tensionado*”, redefine cotidianamente nas formas inventivas da micropolítica às novas veredas da assistência (FEUERWERKER, 2014). Assim, a saúde opera em um campo dinâmico de subjetividades, de variados fluxos e intensidades, conciliados pelas relações afetivas e tecnologias de trabalho entre os sujeitos (profissionais e usuários), nos diferentes planos e setores.

Os gestores (federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, das condições materiais oferecidas aos trabalhadores para sua ação etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - a dos gestores, a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários. Matus (1987 apud Feuerwerker, 2014), desde o planejamento estratégico, já chamava atenção para o fato de que todos planejam (e governam), apesar de contarem com recursos de poder e governabilidade distintos.

Neste contexto, destaca-se o exercício da “interdisciplinaridade e interprofissionalidade” nas práticas (interpessoais colaborativas) de gestão havendo a necessidade de considerar a educação permanente como estratégia indispensável para reduzir os impedimentos de aproximação e incentivo dos profissionais nesta área (FARIAS et al., 2018).

Na abrangência intersetorial, a educação e a ação social são áreas parceiras comuns nas políticas públicas de promoção a saúde e melhoria das condições de vida (AZEVEDO; PELICION; WESTPAHL, 2012). Convém ainda desenvolver instrumentos de observação e controle que indiquem os padrões da assistência em saúde e indicadores de gestão com o intuito de melhorar a eficácia do cuidado (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

O modelo taylorista o qual dicotomiza o processo de planejamento e execução, e fragmenta etapas da assistência, ainda encontra-se presente na gestão pública. Este modelo não mais responde às necessidades complexas de organização em redes, iniciando-se pelos diferentes entendimentos a respeito da

Atenção Primária em Saúde: a concepção restritiva de um programa de baixo custo e baixa densidade tecnológica voltado às populações de baixa renda (pautado no modelo americano); a concepção de Atenção Primária acessível, organizadora e resolutiva para os problemas mais frequentes da população; e a interpretação mais abrangente (a exemplo das práticas assistenciais da Espanha), segundo Mendes (2015); Albuquerque e Viana (2015) como:

(...) estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

O Ohnismo ou Toyotismo foi um modelo proposto a partir da crise recessiva capitalista dos nos 70 no setor industrial, compreendendo uma reestruturação produtiva e visando redução de custos e aumento da produtividade e lucros (MALTA; MERHY, 2003). Este modelo enfatiza o trabalho coletivo como um pilar para reorganizar o processo de trabalho e resgatar o trabalho vivo, com forte protagonismo dos sujeitos. Com estas premissas, este modelo poderia ser aplicado como proposta de organizar as redes de atenção para pacientes com dor crônica, de forma a atender as especificidades individuais, considerando a estratificação de risco, necessidades de demanda e os múltiplos e abrangentes determinantes sociais que emergem de distintas populações e territórios. As principais características do Toyotismo, fundamentam-se no trabalho multi e interdisciplinar (em equipe), observando-se a multivariabilidade de funções. Rompe-se a segmentação do processo de trabalho; flexibiliza-se o processo produtivo do profissional que se apropria de saberes interdisciplinares e horizontaliza ações na teia de cuidados, visando reduzir as incidências e controlar os casos prevalentes. No campo da gestão, redefine-se as gerências intermediárias com a corresponsabilização do planejamento e ações administrativas, estabelece-se sistemas de controles de qualidade das ações em saúde (MALTA; MERHY, 2003) regularmente, incentiva-se discussões de casos e situações, criando vínculos entre profissionais e usuários, com vistas a melhorar a eficácia do cuidado.

Mediado pelo modelo Toyotista, é possível efetivar o cuidado aos portadores de dor crônica na Rede de Atenção do SUS de acordo com a concepção das micro e macropolíticas de gestão e no âmbito de sua magnitude e característica. Como as demais doenças crônicas, a dor crônica se apresenta com duração prolongada, e



suas consequências exigem acesso aos serviços e ações multi e interdisciplinares coesas e harmônicas, atuação da equipe, ações terapêuticas adequadas e baseadas em evidências, uso de tecnologias leves, organização de rede de serviços ajustadas às necessidades do usuário considerando os determinantes sociais do território e adstrição. Ressalta-se, ainda, o estímulo à criação de políticas públicas de promoção, prevenção e controle das manifestações dolorosas crônicas; no âmbito da gestão, em todas as instâncias (interpessoais e setoriais), incorporando as ações sobre os determinantes sociais, nas variadas densidades tecnológicas, e na legislação, legitimando o direito do usuário.

Nos discursos dos gestores emergem propostas para organizar a rede de atenção aos portadores de dores crônicas, os quais citam a necessidade de reconhecer a dor como um problema de saúde pública, conhecer os dados com análise de demanda e estratificação de risco, estabelecer o problema e organizar os serviços, com linha transversal de cuidados e protocolos definidos, institucionalizar a dor crônica nas políticas de saúde do Ministério e da SMS, introduzir a dor crônica no atendimento das necessidades, definindo escala de gravidade e encaminhamento para o NASF e especialistas, aumentar o número de profissionais, definir a ESF como modelo prioritário na ampliação da rede, revisar o modelo pedagógico de educação dos profissionais incorporando metodologias que estimulem o protagonismo dos profissionais, tais como as metodologias ativas e o matriciamento, incentivar a multidisciplinaridade e práticas integrativas com apoio do NASF nos distintos distritos, focar as ações preventivas, educativas e de controle contemplando estratégias de baixo investimento, construir parcerias com a comunidade (conselho de idosos e saúde mental), valorizar o trabalho em equipe, enfim, mudar paradigmas.

*“Penso que o paciente deveria ter um tratamento mais multidisciplinar, com psicólogos, fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais, que pode vir ajudar esse paciente a não recidivar a dor, ou piorar, para que dentro de uma escala saudável não volte à medicação... e manter a dor sob controle da melhor forma possível... Precisa de um olhar estendido às práticas alternativas e multidisciplinares e qualificar toda a equipe para o acolhimento... e conseguir um olhar completo” (6A).*

*“Penso que poderíamos ter um ou dois fisioterapeutas em cada distrito para começar o olhar para a prevenção... grupos alternativos para o controle, cuidado, orientação da dor... estratégias de baixo investimento” (1F).*

*“Acho que a iniciativa para a obtenção de dados sobre dor crônica deveria vir dos próprios profissionais que trabalham no território... os dados são trabalhados dependendo do olhar das equipes” (5K).*

*“A proposta para organizar a rede para assistir pacientes com dor crônica seria... uma comissão, fórum seminários, algo que pudesse organizar a rede, e se conhecer como rede, que indicasse o que já tem e o que não existe, para que a gente trate dor crônica” (1F).*

*“A iniciativa para a obtenção de dados relacionados aos pacientes com dor crônica deveria partir de um trabalho conjunto da gerência da AB, da Secretaria Municipal de Saúde, especialistas, médicos, da equipe multidisciplinar para construir estratégias de acompanhamento desse problema... todos são envolvidos deveria iniciar com os três gerentes da AB, da referência e do planejamento controle e avaliação... vai depender do desdobramento da ação do outro” (1F).*

*“Poderia ser feito uma sensibilização local... criar uma linha de cuidado transversal que iria da AB ao serviço terciário, com definição de protocolo... se não resolver, o PAM Boa Vista, um serviço de referência... com opções terapêuticas” (2V).*

*“Deveria ter alguma coisa do Ministério, caso não tenha, a secretaria poderia ter... enquanto gestor... devo pensar no custo benefício... se eu pensar nesse paciente crônico, na prevenção, acompanhamento e tratamento, tenho que pensar que custo benefício... terei lá na frente” (3C).*

*“A proposta tem que vir da secretaria, porque tem que vir de forma planejada, organizada, sensibilizada... recursos previamente vistos, que a gente tenha possibilidade... não de forma atropelada... fazer diferente para promover mudanças para aqueles que já estão adoecidos e paralelo a isso, trabalhar a prevenção” (3C).*

*“Procurar estudar, ler, entender que forma poderíamos trabalhar com esses pacientes” (3C).*

*“Primeiro passo é o levantamento estatístico de nossa população...” (8S).*

*“Planejamento das ações com base nos dados” (8S).*

*“Aplicar... Quem sabe levar para a SMS de forma organizada os dados de várias regiões da cidade... análise da demanda” (8S).*

*“UB de Joinville, estão organizadas para o enfermeiro fazer o acolhimento e a classificação de risco... podemos pensar numa forma de análise de demanda de agendamento” (8S).*

*“A grande maioria das UB teriam que fazer alguma ação a noite para atender essa população” (8C).*

*“Esse povo tem que sair da casinha... se mostrar para o mundo... são excelentes profissionais, fazem uma medicina de primeiro mundo... venderem o serviço deles para um sistema que é único” (4D).*

*“Estratificação de risco... principalmente por família” (4D).*

*“Ter uma agenda adequada ao número de profissionais” (15K).*

*“Aumentar o quadro de funcionários para uma assistência multidisciplinar, um programa que contemple várias áreas” (6A).*

*“Implantar PSF em maior número na rede” (6A).*

*“Estruturar o PAM somente para especialidades, policlínica” (6A).*

*“Ter geriatria nos três Distritos” (6A).*

*“Incentivar práticas integrativas” (1F).*

*“Ensinar as equipes principalmente a diagnosticar os poliqueixosos, e identifica-los” (1F).*

*“Capacitar e criar grupos de atendimento coletivo de uma mesma situação problema” (1F).*

*“Uma equipe de referência para cada Distrito, matriciamento em outras áreas além da medicina, Criação de NASFs, acessar o Conselho Municipal, criar um centro de reabilitação” (1F).*

*“Colocar dor crônica nas escalas de atendimento das necessidades: casos graves para o NASF e especialista” (7M).*

*“Parcerias com a saúde mental e conselho de idosos” (7M).*

A continuidade será garantida mediante a proposta de organização da rede introduzindo a dor crônica na linha de cuidados das doenças crônicas (Micro e macropolítica na organização de rede para os pacientes com DC; Os macroprocessos na organização de rede para os pacientes com DC; A micropolítica e o processo de trabalho em saúde).

#### 4.4.1 Serviço especializado em dor crônica – clínica da dor

A clínica da dor está localizada nas dependências de um hospital municipal (HMSJ) e atualmente dispõe de um médico anesthesiologista com 28 anos de profissão, sendo que nos últimos 16 anos foram destinados ao controle das dores crônicas, com a implantação deste serviço na instituição. No SUS, este serviço é o único a ser ofertado no município.

A opinião do médico entrevistado sobre a clínica de dor mudou nos últimos anos. No passado, ele imaginava o serviço de dor como uma clínica que se propunha a tratar todas as dores, porém, hoje não vê dessa forma.

*“Nós aqui da anestesiologia desse Hospital temos visto da seguinte forma: clínica de dor crônica para nós anesthesiologistas é uma clínica na verdade clínica de dor crônica pós-operatória, ou seja, aqueles pacientes que não exatamente tem a dor crônica por si só, mas pacientes que realizaram cirurgias maiores e durante algum tempo necessitam manter medicações para o tratamento da dor” (8B).*

Atualmente a clínica não absorve os pacientes oriundos da rede básicas em decorrência da alta demanda interna e número insuficiente de profissionais capacitados nesta área disponíveis no hospital.

*“Entretanto, nós anesthesiologistas acabamos atendendo outros pacientes e outras especialidades que são encaminhadas pra nós como pacientes com doenças reumatológicas, ortopédicas, que não seria nosso objetivo principal, que é atender dor crônica e outras especialidades. Nossa demanda dos pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos nesse Hospital que são perto hoje de 12 mil procedimentos cirúrgicos por ano, já gera pacientes com dor crônica pós-operatório suficientes pra manter o ambulatório lotado” (8B).*

Os pacientes atendidos no hospital e que passaram por procedimentos cirúrgicos são acompanhados pelo serviço de anestesiologia, o qual realiza um registro destes pacientes. 1 a 2% dos pacientes deles desenvolvem dor crônica pós operatória.

*“100% dos pacientes que realizam procedimento cirúrgico tem dor pós-operatória, que dura de um a três dias, porém, 1 a 2% dos pacientes que realizam procedimento cirúrgico de uma forma geral, acabam evoluindo para a dor crônica pós-operatória, persiste por meses ou anos com dor” (8B).*

A clínica da dor limita os atendimentos a demanda interna devido ao grande número de pacientes cirúrgicos. Segundo o médico, é elevado o índice de dor crônica na população em geral e menos índice, mas também significativo o percentual que desenvolve dor crônica incapacitante.

*“Seria um desafio muito grande tentar atender toda população com dor. Segundo a Organização Mundial de saúde, hoje 40% da população adulta com uma prevalência maior em torno de cinquenta anos tem dor crônica. A nossa cidade se nós observarmos esse dado nós teríamos de 560 mil habitantes, 40% vai dar um número acima de duzentos mil pessoas e seria inviável pra nós atendermos todos esses pacientes. E segundo a própria secretaria municipal de saúde, 10% da população tem dor crônica incapacitante, que dificulta para o trabalho, então o número é grande. Por isso nós procuramos limitar o nosso atendimento a pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos maiores e que precisam de algum atendimento em relação a dor durante um certo tempo. Entretanto nós recebemos vários pacientes que não se submeteram a procedimentos cirúrgicos ou que ainda não se submetera ou que nem irão se submeter a procedimento cirúrgico” (8B).*

Além da demanda interna, o serviço recebe a demanda de pacientes oriundos das especialidades e rede básica.

*“Os pacientes atendidos são oriundos do próprio hospital. Os demais pacientes chegam à clínica da dor oriundos das especialidades de ortopedia, reumatologia, oncologia, e rede básica” (8B).*

*A origem dos pacientes é nossa origem básica e natural é pacientes oriundos do próprio hospital que tiveram alta do próprio hospital, realizaram procedimento cirúrgico e esse é nossa maior demanda e a demanda que nós usamos é atender. Entretanto nós temos encaminhamento de pacientes de outras especialidades como ortopedia, reumatologia, oncologia e pacientes oriundos da própria rede básica. Pra uma característica administrativa do próprio sistema nós só podemos aceitar aqui pacientes que são encaminhados da própria rede ou na unidade básica de saúde ou do próprio hospital” (8B).*

Os médicos anestesiológicos da clínica da dor atuam na rede hospitalar de Joinville com foco no controle da dor pós-operatória.

*“Sim. Nós atuamos em Hospitais públicos como o Hospital São José, no Hospital Regional, no Hospital Infantil e atuamos em Hospitais privados também e o*

*nosso ambulatório existe aqui já a 16 anos mais o que nós mais fazemos nós anesthesiologistas mais fazemos na cidade nesse Hospital e Hospitais privados, com relação a dor é atendimento de dor pós-operatória, acompanhar pacientes de pós-operatória que realizaram cirurgias maiores” (8B).*

A maioria dos pacientes atendidos na clínica da dor estão no período pós cirúrgico imediato e mediato, internados e ainda sob os cuidados dos profissionais de saúde do hospital.

*“Na verdade, vamos dividir assim, nossa situação da área de dor em duas áreas: a dor pós-operatória são com pacientes internados, que é a grande maioria dos nossos pacientes, digamos, 90% dos pacientes relacionados a dor são pacientes internados que realizaram cirurgia maior e nós fazemos acompanhamento para o paciente internado intra hospitalar” (8B).*

Os procedimentos realizados na clínica compreendem duas áreas distintas: a terapia medicamentosa, e intervenções invasivas regulares.

*“Os pacientes que tem alta e que são encaminhados para o ambulatório de dor são tratados com tratamento medicamentoso e alguns procedimentos intervencionistas menores, como, infiltrações, bloqueios... bloqueio simpático venoso... semanalmente, infiltração de ponto gatilho para dor miofascial, bloqueio lombar, epidural para tratamento de hérnia discal quando o paciente é encaminhado pelo ortopedista. Então dividiríamos em dois modos básicos nossos atendimentos. Os pacientes de pós-operatória que é grande maioria dos nossos pacientes tanto no Hospital público quanto nos Hospitais privados e os pacientes ambulatoriais que são aqueles pacientes que nós damos continuidade para os pacientes não exatamente que estão com dor crônica pós-operatório mas aqueles pacientes em que a dor pós-operatória persiste por mais de três a cinco dias e pacientes que necessitam tomar algumas medicações como antidepressivos por um pouco mais de tempo, porque pra ser dor crônica a rigor nós teríamos que ter pelo menos a evolução de três meses pra própria definição da IASP né. Era seis, passou pra seis” (8B).*

O tempo estabelecido para que a dor seja considerada crônica, depende de fatores não somente o seu tempo de duração, mas a baixa perspectiva de solucionar este problema rapidamente. Por esses fatores as discussões e controvérsias a respeito do tempo para cronificação. Dessa forma, entende-se que a dor crônica

deve ser avaliada e tratada de acordo com as especificidades do quadro e as peculiaridades de cada paciente.

*“Até gostaria de dar uma opinião pessoal sobre isso. Não só pessoal, mas de alguns autores. O que caracteriza a dor crônica claro, o tempo é o fator principal, mas um outro fator é baixa perspectiva de uma solução rápida, sei que paciente que tá meses com dor é você tem, nós acompanhamos pacientes com aquela perspectiva que aquilo não vai se resolver rapidamente. Essa falta de perspectiva de uma solução rápida é o segundo fator além do tempo que colabora no sentido de nós identificarmos que estamos frente a paciente com dor crônica” (8B).*

O diagnóstico de dor persistente com brevidade e o tratamento adequado reduz a incidência de dor crônica

*“O fato de nós conseguimos controlar adequadamente a dor pós-operatória que é o objetivo difícil de ser alcançado em muitas situações, colabora em muito pra nós termos uma redução da incidência de dor crônica pós-operatória, da mesma forma que o tratamento adequado no momento adequado por exemplo, de uma herpes zoster vai fazer com que a incidência de neuropatia pós-repetia seja menor” (8B).*

O entrevistado relata acreditar que a rede básica tenha condições técnicas e operacionais para assistir os pacientes em dor crônica e que ela exerça parcialmente essa assistência.

*“Olha, sem dúvida nenhuma é no SUS o atendimento principal de acompanhamento desses pacientes... esse atendimento faria parte da rede básica”.*

*“A rede básica teria todas as condições e acredito que hoje ela realiza parcialmente o acompanhamento desses pacientes”.*

*“É verdade que os pacientes cirúrgicos que realizam o procedimento vão ser acompanhados por um certo tempo, até que haja resolução completa do quadro, cicatrização ou no caso de outros procedimentos ortopédicos a retirada do material de síntese, etc., é feita pela especialidade cirúrgica. Mas posteriormente a especialidade cirúrgica dá alta para esse paciente, e o acompanhamento vai ser na rede básica”.*

*“Certas especialidades cirúrgicas, o paciente assim que realiza a primeira consulta e que ele retira os pontos no ambulatório de cirurgia, ele já é encaminhado para o acompanhamento na rede básica, mas com relação a dor eu tenho pouca*

*informação de como a rede básica está conduzindo esses pacientes a longo tempo. Não tenho muita informação a respeito disso” (8B).*

A clínica da dor não dispõe de uma estrutura adequada para atender a demanda. Nos relatos a estimativa do paciente desenvolver dor crônica na população é alta.

*“Para atender todos os pacientes com dor crônica das diversas especialidades médicas não temos estrutura para absorver todos eles... observamos os números: 40% da população adulta tem dor crônica... desses 40%, 1 em cada 4 pacientes têm dor crônica e evoluem para uma dor crônica importante que o impede de exercer suas atividades laborais diárias... é um número muito grande. 10% da população nossa daria 56 mil pessoas. Nosso ambulatório, acredito, acompanha no máximo uns 200 pacientes por ano, não conseguimos acompanhar mais que isso” (8B).*

Raramente os pacientes que retornam a clínica para continuarem o tratamento da dor recebem alta, a maioria permanece em tratamento paliativo. Muitos deles permanecem na clínica a critério médico, pelo motivo de enquanto realizam o tratamento na clínica da dor a facilidade de adquirirem a medicação é maior.

*“... os pacientes... que são crônicos... são clínicos... acabam ficando conosco até por uma facilidade de prescrição que temos aqui... os pacientes crônicos tem número de alta pequeno. Isso que acaba criando nosso principal problema porque nós não podemos deixar o paciente que nós estamos atendendo, tentando... incluir um novo, nós teríamos que dar alta pra um antigo” (8B).*

O Código internacional de doenças não especifica a dor crônica, mas a dor que está relacionada à disfunção que a causa. Na visão do entrevistado, esse código necessitaria ser revisado.

*“...felizmente eu já decorei os CIDs, R521 é dor crônica intratável, ou seja o próprio CID já é um pouco desanimador, e o R522 é outra dor crônica, nós não temos um CID pra dor crônica simplesmente, e esses dois CID eu acho que não são assim muito... eu acredito que deverias ser revisto isto porque, você classificar dor crônica como intratável...é meio desestimulante, e outra dor crônica é muito vago, talvez devesse existir assim dor crônica, mas esse CID não existe, e a gente tem CID para dores de... CID para lombalgia... são CIDs apropriados mas nos que se*



*referem a dor crônica que é o R522 e o R521, não concordo com nenhum dos dois mas não sou eu que elaboro o CID, ele é internacional” (8B).*

Observa-se nos relatos, que a estimativa da população desenvolver dor crônica é alta. Esta condição suscita um olhar cuidadoso dos profissionais de saúde e gestores para que consensualmente desenvolvam ações de planejamento e organização dos serviços no SUS de Joinville para os pacientes em dor crônica; não somente para as cronificações posteriores aos procedimentos cirúrgicos, ou dores decorrentes do câncer, mas também para as demais manifestações dolorosas crônicas de variadas etiologias.

A atenção destinada à população com dor crônica requer ajustes técnicos e organizacionais que respondam favoravelmente às necessidades individuais e coletivas dos usuários do SUS.

Ressalta-se a importância de ações longitudinais e transversais coesas numa perspectiva de cuidados preventivos e curativos, multidimensional, multidisciplinar e transdisciplinar estruturadas em Redes de Atenção à Saúde.

## **5 INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA**

A dor crônica se configura entre as ocorrências mais significativas em âmbito mundial tornando-se um problema de Saúde Pública abrangente. Nas unidades básicas de saúde os profissionais percebem que também ocorre uma considerável demanda de usuários com queixas algicas de longa duração. Esta ocorrência, entretanto, não é reconhecida pelos profissionais das UBS e PAs como um problema de saúde, suscitando a subnotificação da dor de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID). A subnotificação das dores lombares e demais disfunções musculoesqueléticas na Atenção Primária foram relatadas em literatura (MATA et al, 2011).

Observa-se também, a inexistência de dados estatísticos que possibilitem estimar as manifestações dolorosas crônicas incidentes e prevalentes na atenção primária e nas unidades de pronto atendimento. Não há também mecanismos que possibilitem estabelecer indicadores das manifestações dolorosas. A ausência de planejamento, de ações e protocolos voltados para a assistência aos portadores de queixas algicas de longa duração nas diversas instâncias governamentais e de gestão do SUS são observados. O cenário regional observado neste estudo encontra ressonâncias mais abrangentes. A escassez de estudos a respeito da dor crônica na Rede Básica dificulta a identificação de necessidades de saúde dos usuários e o decorrente planejamento de ações que venham a supri-las (MATA, et al, 2011). Inclui-se ainda, a inexistência de programas específicos na atenção primária ou na rede de assistência à saúde que contemplem a prevenção, a terapia e a reabilitação de usuários em processos algicos recorrentes.

Tais evidências demonstram a invisibilidade do tema da dor crônica no âmbito da saúde pública em nosso país. Questiona-se a integralidade na atenção básica ofertada aos usuários, sendo as queixas algicas crônicas um potencial cenário de novas intervenções de saúde primária.

As atividades planejadas, organizadas e desenvolvidas pelo Poder Público federal, estadual e municipal, asseguram os direitos constitucionais à saúde, inerentes aos cidadãos. Nesse sentido, as políticas públicas nacional, estadual e municipal devem ser organizadas para assistir estes usuários em Redes de Atenção à Saúde, cabendo à atenção primária ordenar o cuidado (BRASIL, 2012b). As redes

devem estar estruturadas para atender os portadores de dores crônicas nos variados pontos de atenção, com densidades tecnológicas distintas, e responsabilidades específicas para que o acolhimento, e demais ações preventivas e curativas e de controle sejam organizadas para solucionar eficazmente as necessidades individuais e coletivas. Neste sentido, a organização da rede de atenção à saúde necessita abranger a qualificação dos profissionais. Evidencia-se uma lacuna no tocante ao conhecimento dos profissionais da atenção primária e pronto atendimentos a respeito do processo avaliativo, terapêutico e a assistência ampliada aos usuários da rede. A visão técnica dos médicos e farmacêuticos corroboram para alta prevalência, considerando que para a maioria deles a dor crônica não fora abordada em disciplina curricular específica na graduação, e após a conclusão do curso, a maioria dos profissionais não realizou capacitação neste tema. Um percentual significativo de profissionais médicos das unidades básicas e pronto atendimentos desconhecem o conceito básico sobre dor crônica, bem como os métodos de avaliação cientificamente validados. Quase a metade dos médicos não utiliza algum método para avaliar a dor e mais de três quartos deles não utilizam em suas práticas clínicas algum protocolo ou guia para tratamento da dor crônica incorrendo em 90% deles o desconhecimento sobre os medicamentos recomendados para dores de forte intensidade. Eles demonstram também uma visão fragmentada sobre o papel da rede básica e dos PAs nas ações em saúde.

O matriciamento, (BRASIL, 2015c), o telessaúde (DRAMOS, 2018; FARAH, 2018), a telemedicina (DRAMOS, 2018), o trabalho multiprofissional (MENDES, 2012; MENDES, 2015), a visão da clínica ampliada, uma abordagem ao paciente segundo o método clínico centrado na pessoa (MCCP) (STEWART, 2010; BRASIL, 2013b), e um centro especializado na terapia de dor crônica surgem como uma possibilidade de fortalecer a integralidade e resolutividade da atenção, mas ainda não percebidos nas ações específicas aos pacientes com dor crônica. Tais ferramentas tecnológicas poderão contribuir para melhorar a eficácia no controle da dor crônica na Atenção Primária. Contudo, os participantes desconhecem os serviços ofertados para tratar dor crônica e as possibilidades de interação com as tecnologias de assistência.

Este contexto desfavorece não somente a comunicação entre os profissionais, e as possibilidades terapêuticas interdisciplinares, mas, sobre tudo dificulta o acompanhamento longitudinal deste usuário, vindo possivelmente a interferir desfavoravelmente no restabelecimento dele.

O diálogo entre médicos especialistas em dor crônica e a atenção primária é inexistente ou falha. Os serviços especializados do SUS nesta área são informais e atende exclusivamente a alta demanda hospitalar. As demais categorias profissionais que poderiam contribuir na terapêutica são igualmente escassas ou inexistentes, ou sub aproveitadas na rede básica.

No atual cenário, percebe-se que a integração sistêmica encontra-se desarticulada e desestruturada entre a atenção primária e os variados pontos de atenção à saúde ocorrendo um desajuste no diálogo entre as ações curativas, preventivas e de promoção à saúde de forma integral e contínua de qualidade, responsável e humanizada com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Um dos pontos de incongruência que necessita de ajustes encontra-se nos sistemas de informação.

Os gestores reconhecem a necessidade de estabelecer um diálogo e integração entre os profissionais, entre os níveis hierárquicos e setoriais da assistência. Conseqüentemente, fortalecer as relações interdisciplinares no campo do trabalho em rede requerendo uma política harmoniosa, apartidária e duradoura, no sentido de incentivar a integração do sistema. Tentativas isoladas de ações interdisciplinares foram desenvolvidas nas unidades básicas convencionais, embora não houvesse um consenso “institucional” para o fortalecimento de ações integradas além da Estratégia de Saúde da Família.

A dor crônica não está incluída nas políticas públicas de saúde nacional, dificultando o consenso para efetivação de práticas profissionais neste campo, e que poderá ter êxito por meio de ações estabelecidas pelo Ministério. Evidencia-se também, a tensão dos profissionais no processo de trabalho, em decorrência da alta demanda com foco nos programas oficiais estabelecidos pelo governo federal; e a morosidade no âmbito das políticas indutivas aos mecanismos financeiros envolvidos para sua efetivação. Entende-se que as ações programadas envolvam

além de vontade política, educação dos profissionais, dos usuários e habilidades de gestão.

A falta de abordagem dos gestores a respeito da educação em saúde para o autocuidado neste referido tema reflete o olhar fragmentado deles para as ações na rede básica. Cabe ressaltar que o compromisso dos profissionais na realização de ações técnicas curativas, minimizam a coparticipação decisória e responsável da população na construção dos saberes individuais, e coletivos para o exercício do autocuidado.

Evidencia-se o desconhecimento dos gestores sobre a inexistência de protocolos específicos destinados a assistir pacientes com dores crônicas na rede, como também, a falta de consenso sobre a existência de uma política municipal destinada ao acompanhamento dos usuários na Atenção primária em uso contínuo de analgésicos controlados. Em acréscimo, inexistem opiáceos “fortes” destinados a reduzir os níveis mais intensos de dor em pacientes nas unidades básicas, ficando sob a responsabilidade da farmácia escola a dispensação destes fármacos para os usuários, que embora assistidos pelos especialistas, afrouxam o vínculo com as unidades básicas de saúde. Como consequência, sobrecarregam a demanda para as especialidades e retarda o fluxo de cuidados tanto dos casos incidentes quanto prevalentes. Neste sentido, o diálogo intersetorial e interpessoal faz-se premente, considerando que o planejamento e a organização do processo de trabalho ocorrem setorialmente, observando-se o território e adstrição dos usuários com a intenção de qualificar os serviços. As dificuldades, contudo, são apresentadas no tocante aos serviços burocráticos, legais, estruturais, e gerencial, que envolvem a Secretaria Municipal de Saúde. Ações seguras e adequadas podem ser implementadas no sentido de estabelecer um acompanhamento longitudinal mais abrangente dos usuários. Tais ações requerem conhecimentos específicos dos profissionais, habilidades técnicas e de comunicação, com bases científicas e evidências que fundamentem tais ações.

Para tanto, capacitar adequadamente os profissionais da saúde para o cuidado aos usuários com dor crônica faz-se necessário. Neste contexto, a escola exerce um importante papel nas unidades básicas, as relações no campo da micro e macropolíticas, e as tecnologias digitais de comunicação poderão ser aliados na atenção. Neste sentido, entende-se ser fundamental repensar o processo de gestão,

o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos a partir dos possíveis diálogos educativos, interdisciplinares e intersetoriais.

Contudo algumas circunstâncias apontadas a seguir impõem desafios ao processo de planejamento e de gestão. Entre elas, o desconhecimento técnico e de fluxo de serviços prestados na rede aos portadores de dor crônica; escassez de profissionais em número adequado e capacitados para atender a demanda de usuários com dor crônica na Atenção Primária e nos demais pontos de atenção; lentidão nos mecanismos administrativos e legais com relação ao processo de contratação de profissionais e de serviços na rede, interferindo nas ações longitudinais e transversais aos usuários; falta de efetividade dos instrumentos tecnológicos de comunicação digital, obstaculizando a assistência.

Um dos grandes desafios da AP é assistir à população com base na estratificação de risco, respeitando-se as desigualdades sociais nos respectivos territórios. As condições sociais econômicas, culturais e ambientais nas quais a população vive e trabalha exercem influência nos fatores e nos mecanismos que afetam a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), mas podem ser modificados por meio de ações promotoras de saúde conjuntas no âmbito da gestão e do cuidado.

Os fatores determinantes para a condição de saúde e doença sofreram mudanças ao longo de algumas décadas, e em decorrência deles a Atenção Primária se depara com a tripla carga de doenças (ROUQUARYOL; ALMEIDA FILHO, 2003; ROUQUARYOL; SILVA, 2013), na qual a dor crônica se configura como um elo convergente de múltiplas doenças.

Entretanto, as ações de saúde na Atenção Primária não acompanham o ritmo crescente de necessidades dos pacientes em Dor Crônica, que igualmente aos demais agravos crônicos, cresce em número e complexidade. Esta condição requer estratégias que possibilitem enfrentar os desafios impostos pelas mudanças do quadro epidemiológico, e demográfico da população brasileira (MALTA et al., 2018).

A promoção da saúde pode reduzir os agravos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MALTA et al., 2018; MALTA et al., 2016; ROCHA et al, 2014). Todavia, o número limitado de profissionais de saúde e mais especificamente de Enfermeiros no setor primário, a má distribuição de profissionais entre áreas urbanas e rurais podem ser um empecilho à abrangência da assistência, à qualidade do cuidado,

como também, ao baixo incentivo às práticas que promovam a saúde, previnam e reduzam os condicionantes e determinantes no processo de cronificação da dor.

Os condicionantes e determinantes sociais da saúde, tem como pressupostos o estreito diálogo e corresponsabilidades intersetoriais em prol da qualidade de vida da população (MALTA et al., 2016; MALTA et al., 2018). Devem ocorrer melhorias nas políticas públicas, na participação ativa dos profissionais de saúde e gestores, no planejamento orçamentário e recursos financeiros destinados aos projetos institucionais para o desenvolvimento de atividade física, orientação nutricional, capacitação de recursos humanos (ROCHA et al, 2014; MALTA et al, 2018) e Práticas Integrativas Complementares.

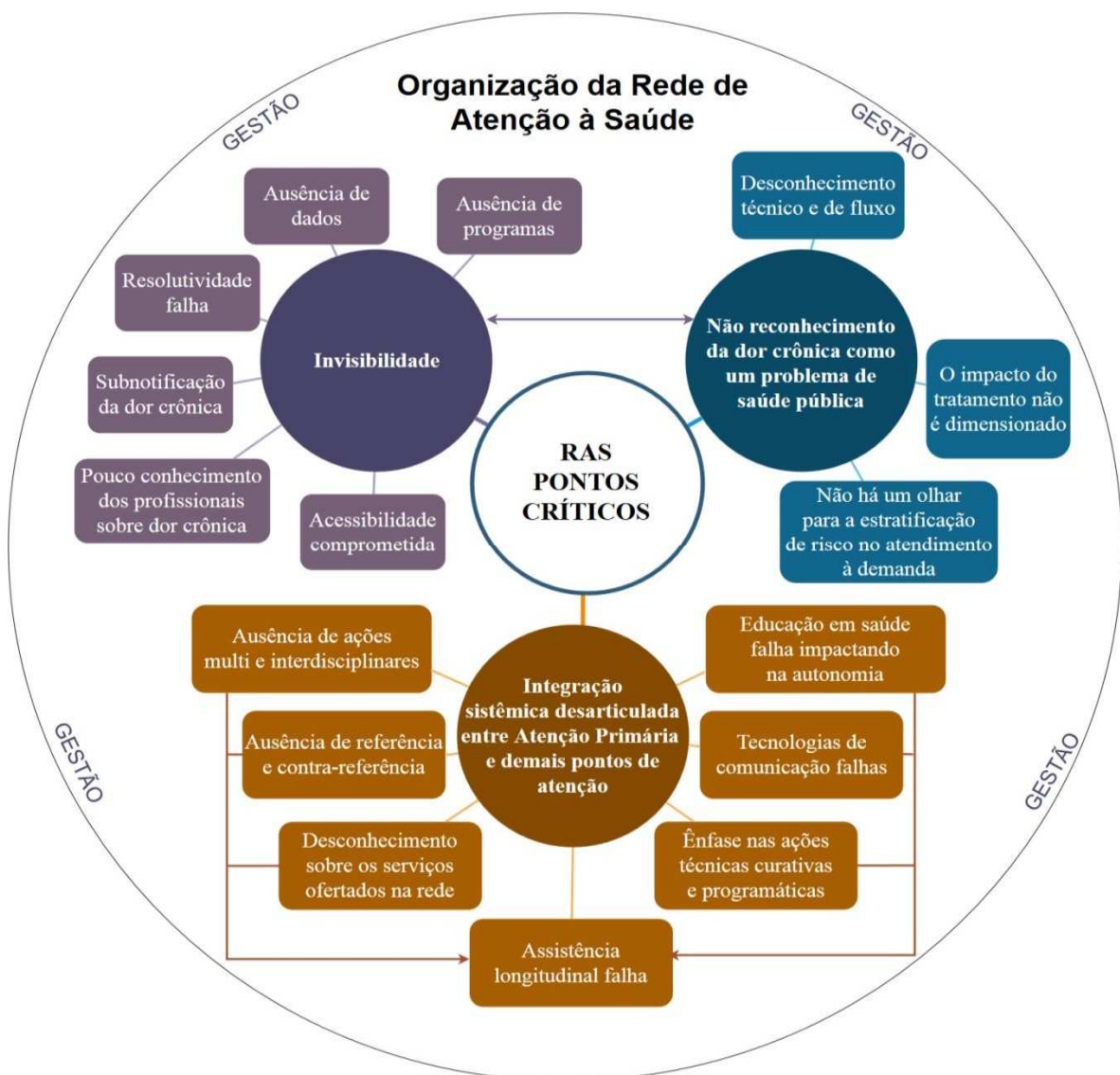
O conhecimento dos profissionais neste tema possibilitará uma abordagem adequada à população na AP e RAS. Para tanto, necessitamos promover uma formação qualificada dos profissionais incluindo o tema dor crônica em cursos de graduação e capacitação; estimular os relacionamentos interpessoais em contextos acadêmicos e clínicos como o incentivo à compreensão das manifestações dolorosas, emoldar melhores práticas de ensino; encontrar referências regionais em dor empenhadas em aprimorar a qualidade do cuidado, da educação e dos resultados, e oportunizar metodologias de aprendizagem interprofissional e multiprofissional compartilhada. Ressalta-se que a Enfermagem exerce um papel importante na promoção à saúde, na escala de cuidados concernentes a AP e nas demais densidades tecnológicas da assistência. Contudo, entende-se que esta categoria profissional encontra-se acanhada e pouco expressiva neste contexto.

A promoção à saúde implica em assumir o compromisso ético com a equidade, com uma postura política norteadora de ações que garantam o direito universal à saúde; e com as evidências científicas, que permitam melhor compreender os determinantes sociais indutores das inequidades em saúde, e onde deverão incidir as intervenções com o intuito de minimizar a cronificação da dor, em termos de efetividade e eficiência.

Em última instância, a Atenção Primária em consonância com a Rede de Atenção à Saúde, devem atender adequadamente a demanda, reconhecer a dor como um problema de saúde pública, valorizar as equipes e mudar os paradigmas no âmbito da educação formal, continuada, da gestão e do cuidado.

O diagrama apresentado a seguir, mostra sucintamente os pontos críticos relevantes encontrados na análise desta pesquisa. Nele, a organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS está parcialmente representada, e configura a interface da Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde aos usuários com dor crônica. Contudo, em decorrência da complexidade, abrangência e peculiaridades dos achados, esta configuração poderá ser expandida, de acordo com a área de interesse a ser observada.

Figura 4 – Pontos críticos das RAS



Fonte: Primária (2018).



O cuidado aos portadores de dor crônica poderá se efetivar na Rede de Atenção do SUS de acordo com a concepção das micro e macro políticas de gestão e no âmbito de sua magnitude e característica.

Como as demais intercorrências crônicas, a dor crônica e suas consequências exigem acesso aos serviços e ações multi e interdisciplinares, coesas e harmônicas, atuação da equipe, ações terapêuticas adequadas e baseadas em evidências, uso de tecnologias leves, organização de rede de serviços ajustadas às necessidades do usuário considerando os determinantes sociais do território e adstrição.

Convém estimular a promoção à saúde, ajustando-se as práticas dos profissionais na perspectiva de responder favorável e resolutivamente as necessidades individuais e coletivas da população, por meio do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Primária; no entanto, sugere-se que a delimitação dos territórios seja revista, com o objetivo de adequar as necessidades atuais à assistência.

Ressalta-se, ainda, o premente incentivo à criação de políticas públicas de promoção, prevenção e controle das manifestações dolorosas crônicas; no âmbito da gestão, em todas as instâncias (interpessoais e setoriais), incorporando as ações sobre os determinantes sociais, nas variadas densidades tecnológicas, e na legislação, legitimando o direito do usuário.

Outros estudos devam ser realizados para complementar esta pesquisa e aprofundar o conhecimento a respeito de como a rede se organiza para assistir os pacientes em dor crônica, nos variados pontos de atenção. A visão das demais categorias profissionais, na área técnica, administrativa, gestão e usuários, deve ser contemplada, com a interdisciplinaridade mediando as discussões.

A abordagem antropológica da dor poderá redimensionar a compreensão das manifestações dolorosas e seu significado para os profissionais e usuários, qualificando a assistência. A criação de uma disciplina e uma linha de pesquisa em dor crônica nos cursos de graduação e pós-graduação poderia contribuir expressivamente para a resolutividade e eficácia do cuidado, como também, a redução de custos da assistência.

No âmbito do planejamento e organização de políticas públicas inerentes à gestão em saúde, sugere-se inserir o tema dor crônica nas Linhas de Cuidados do

Ministério da Saúde; introduzir o tema da dor crônica nos cursos de graduação e pós graduação nas universidades; implantar linhas de pesquisa em dor nas universidades e alinhá-las às disciplinas; ampliar a oferta de disciplinas optativas com este tema; proporcionar educação continuada em dor crônica aos profissionais na RAS; educação em saúde para o auto cuidado; e ações programadas institucionalizadas na Atenção Primária. Importante salientar a importância da implantação de um centro de tratamento ambulatorial da dor crônica destinado aos usuários do SUS, que desenvolva e articule ações e cuidados não somente multiprofissionais e interdisciplinares, mas transdisciplinares, atuante nas variadas densidades tecnológicas, educativas e de pesquisa.

Este estudo apresenta limitações. O pioneirismo do tema tropeça no obscurantismo de literatura especializada nacional que aborde a dor crônica na atenção primária, e nas redes de assistência do SUS. Por conseguinte, tentar conhecer algo “inexistente” requer perguntas básicas e análises pontuais a respeito da organização dos serviços e como ele percebe e assiste aos usuários neste contexto. Para tanto, necessitaria também termos a visão das demais categorias profissionais e igualmente dos usuários, os quais não foram incluídos neste estudo. O grande número de profissionais de saúde inviabilizou o projeto em uma única etapa, pelo PROGESUS. Demais pesquisas a respeito do tema com os demais profissionais de saúde, usuários, nos variados pontos de atenção, deverão dar continuidade a esta pesquisa, aprofundando o olhar para a organização da Rede neste referido tema. Por conseguinte, este estudo faz parte de um contexto mais amplo, que não pode ser abordado em uma única etapa, em decorrência de sua abrangência e complexidade. Analisar a organização da rede de assistência aos usuários em dor crônica, contemplando suas peculiaridades, requer a continuidade do estudo com outros projetos nesta área.

## CONCLUSÃO

Analisar a organização da Atenção para os cuidados de pacientes com dor crônica sob a perspectiva dos profissionais de saúde é uma tarefa árdua e complexa. Particularmente, por este tema ainda ser inexplorado pelos profissionais de saúde, docentes, gestores municipais, e igualmente insipiente nas políticas públicas de saúde nacional. Como consequência, a invisibilidade da dor crônica no âmbito da Rede Básica de Saúde, e Pronto Atendimentos do município é evidenciada.

A invisibilidade dos processos dolorosos crônicos imbrica-se na ausência de programas que norteiem e sistematizem do cuidado aos usuários, na inexistência de dados epidemiológicos que possibilitem identificar os novos casos e os já existentes, como também, na subnotificação da dor crônica na Rede Básica de Saúde. Evidencia-se, ainda, o pouco conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do conceito, avaliação e tratamento da dor crônica nas Unidades Básicas convencionais, na Estratégia de Saúde da Família e nos Pronto Atendimentos Municipais.

A Atenção Primária, como ordenadora do cuidado em Rede, pode comprometer o acesso dos usuários com dor crônica aos demais pontos de atenção, impactando na baixa resolutividade da assistência. As relações capilares reconhecidas na micro gestão encontram-se presentes e assumidamente comprometidas para com ações diretas aos usuários, para com a Atenção Primária, e o seu reconhecimento como ordenadora da assistência na RAS. Entretanto, o desconhecimento a respeito do tema da dor crônica compromete a associação harmoniosa de ações voltadas à materialização da saúde como direito e como serviço.

A integração sistêmica entre a Atenção Primária e os demais pontos de atenção encontra-se desarticulada. A assistência aos usuários em dor crônica é fragmentada, verticalizada com ausência de referência e contra referência. As tecnologias de comunicação digital são falhas, dificultando a organização de prontuários eletrônicos no sistema e a comunicação entre os profissionais médicos e demais profissionais de saúde. As ações multi e interdisciplinares neste campo são inexistentes, em decorrência da falta de categorias profissionais nos serviços de

saúde destinados à Atenção Primária, bem como em instâncias de maior densidade tecnológica.

A ênfase nas ações técnicas, curativas e programáticas sobrepõem-se ao olhar dos profissionais para a educação em saúde, impactando na autonomia e na coparticipação responsável do usuário para com o autocuidado.

Evidencia-se ainda o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os variados serviços ofertados na rede, assim como, a assistência longitudinal falha. Neste campo, a micropolítica e a gestão das relações intersetoriais necessitam ser observadas.

Na instância da gestão municipal, estadual e federal, percebe-se o não reconhecimento da dor crônica como sendo um problema de saúde pública. Não somente evidencia-se o desconhecimento técnico sobre a dor crônica como também o desconhecimento de fluxo relacionado às variadas instâncias de assistência. Evidencia-se ainda, a ausência do olhar voltado para a estratificação de risco, para os determinantes e condicionantes socioeconômicos e culturais e de promoção à saúde no atendimento à demanda dos usuários com dor crônica; a inexistência de ações voltadas a dimensionar o impacto e a resolutividade do tratamento ofertado aos pacientes nas Redes de Atenção à Saúde, vindo a impactar desfavoravelmente a assistência sob os princípios que norteiam o SUS

Sugere-se introduzir o tema dor crônica nas Linhas de Cuidados do Ministério da Saúde; implantar linhas de pesquisa em Dor Crônica nas universidades; promover educação continuada dos profissionais na RAS; nos cursos de graduação; educação em saúde para o auto cuidado da população; estabelecer ações programadas institucionalizadas na Atenção Primária e Redes de Atenção à Saúde, incluindo um centro de tratamento ambulatorial da dor atuante nas variadas densidades tecnológicas, educativas e de pesquisa numa perspectiva transdisciplinar, como também criar mecanismos para o desenvolvimento contínuo de estratégias que respondam às mudanças do perfil epidemiológico e demográfico da população.

## REFERÊNCIAS

AAPM; APS. The use of opioids for the treatment of chronic pain. **The Clinical Journal of Pain**, v. 13, n. 1, p.1-3, 1997.

ABRAM, Stephen E.; HADDOX, David J. **Pain clinic**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

ADAMI, Adam Macedo. **Legislação referente às substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil**. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Coordenadoria Estadual de Vigilância Sanitária. 2013. Disponível em: <[www.crfms.org.br/.../543-aula-legislacao-medicamentos-controlados-adam-oficina-2013-.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://www.crfms.org.br/.../543-aula-legislacao-medicamentos-controlados-adam-oficina-2013-.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 25 fev.2018.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de, VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: <10.5935/0103-1104.2015S005390>. Acesso em: 15 fev. 2018.

AMARAL, João J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, jan. 2007. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

AMARAL, Leandro Soares do. **Construindo redes de atenção à saúde primária: do movimento sanitaria ao PSF- uma revisão da literatura**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Berilo Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0993.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ANDERSON, Valerie C., BURCHIEL Kim J. A prospective study of long-term intrathecal morphine in the management of chronic nonmalignant pain. **Neurosurgery**, v. 44, n. 2, p. 289-301, fev. 1999. Disponível em: <<https://academic.oup.com/neurosurgery/article-abstract/44/2/289/2857637?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ANDRADE, Rodrigo Motta Quinet de. **Dor crônica na atenção primária - um problema de saúde pública**. 2014. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4601.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ANTUNES, Maria José Moraes; EMIKO YOSHIKAWA, Egry. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, mar. 2001. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672001000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regularização de Produtos - Importação de Produtos Controlados**. Cota Anual de Importação. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/produtos/importacao/produtos-controlados/cota-anual-de-importacao>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística, teórica e computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

ARONA, Elizaete da Costa. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 26-36, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005>>. Acesso em: 20 out. 2018.

ASHMAWI, Hazem A. **Epidemiologia da dor**. As dores mais frequentes. As dores crônicas como um problema de saúde pública mundial. Programa em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. Faculdade de Medicina da USP, 02 mar. 2016. Disponível em: <[http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Epidemiologia-da-dor\\_09\\_03\\_2016.pdf](http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Epidemiologia-da-dor_09_03_2016.pdf)>. Acesso em: out. 2017.

ASHMAWI, Hazem Adel. Dor no idoso. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000300161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300161&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150031>.

ASHMAWI, Hazem Adel. **Epidemiologia da dor**. As dores mais frequentes. As dores crônicas como um problema de saúde pública mundial. Aula. Programa em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. 15 fev. 2017. Disponível em: <[http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor\\_2017.pdf](http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor_2017.pdf)>. Acesso em: 05 Jun. 2018.

ASHMAWI, Hazem. A medicina sem pressa e o paciente com dor crônica. **Slowmedicine.br**, 22 jan. 2018. Disponível em: <<https://www.slowmedicine.com.br/medicina-sem-pressa-e-o-paciente-com-dor-cronica/2017>>. Acesso em: jan.2018.

ASSIS, Juvêncio César Lima de et al. A vivência de um fisioterapeuta em uma residência multiprofissional: desafios e possibilidades. **Rev. APS**, v. 20, n.2, p. 279 - 287, abr/jun 2017. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/3010>>. Acesso em: 16 out.2018.

ATZENI, Fabiola et al. Chronic widespread pain in the spectrum of rheumatological diseases. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 25, n. 2, p.165-171, abr. 2011.

Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694211000040>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

AURELIO. O mini dicionário da língua portuguesa. 4.ed. 7. Imp. Rio de Janeiro, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

AZEVEDO Elaine de, PELICION, Maria Cecília Focesi, WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

AZEVEDO, Luís. Estudo nacional da FMUP revela: **Dor crónica em Portugal custa mais de 4 mil milhões de euros por ano**. Estudo apresentado no Fórum Futuro, Oeiras, Portugal, jun. 2014. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Disponível em: <[https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias\\_geral.ver\\_noticia?p\\_nr=17514](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=17514)>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BADIOLA, Ignacio J. Can Chronic Pain Be Prevented?. **Anesthesiology Clinics**, v. 34, p. 303-315, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2016.01.008>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BAETA, Sanny Rhemann. **A Articulação entre os Serviços de Atenção Básica em Saúde e o CAPS-AD III no Município de Barbacena - MG**: dificultadores e facilitadores. 2016, 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2016. Disponível em: <<https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/SANNY%20RHEMANN%20BAETA.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: 70. ed, 1977. 281 p.

BARRETO, Renato de Freitas et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 213-219, jul.-set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000300004>>. Acesso em: 25 maio 2018.

BARROS, Simone Regina A. de F.; PEREIRA, Simey de Souza Leão; ALMEIDA NETO, Adauto. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 131-137, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200010>>. Acesso em 12 nov. 2018.

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas; SOARES, Maria Cidney da Silva; FALCÃO, Pedro Henrique de Barros. A magnitude da dor na “porta de entrada”

preferencial do Sistema Único de Saúde. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 285-287, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000400285&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400285&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2019.

BATISTAL, Ana Gabriela de Lima; VASCONCELOS Luciana Auxiliadora de Paula. Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de Fisioterapia. **Rev Dor**, v. 12, n. 2. P.125-130, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200009>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BENNETT, Michael I. et al. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. **Pain**, v.122, n.3, p. 289-94, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.002>>. Acesso em: 24 maio 2018.

BENZON, Honorio T. et al. **Essentials of pain medicine and regional anesthesia**. New York: Churchill Livingstone, 1999.

BERALDO, Nicole. Ministério da Saúde propõe avanços na Política Nacional de Atenção Básica. **Agência Saúde**, Ministério da Saúde, 10 ago. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29241-ministerio-da-saude-propoe-avancos-na-politica-nacional-de-atencao-basica>>. Acesso em 5/3/2018.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Hafner; 1984.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43. (Esp 2), p.1326-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

BHATTARAI, B. et al. Chronic pain and cost: an epidemiological study in the communities of Sunsari district of Nepal. **Nepal Med Coll J.**, v. 9, n.1, 2007, p. 6-11. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17593670>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BICCA, C. et al. **Abuso e Dependência dos Opioides e Opiáceos**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira. Associação Brasileira de Psiquiatria; Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 31 out. 2012. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_opioides.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf)>. Acesso em: 25 mar.2018.

BIRMAN, J. Interpretação e representação na Saúde Coletiva. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.2, p. 7-22, 1991.

BLOOR, B. et al. The costs of managing severe cancer pain and potential savings from transdermal administration. **The European Journal of Cancer**, v. 30 A, n.4, p. 463-468, 1994. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90420-0](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90420-0)>. Acesso em: 20 mar.2018.



BLYTH, F. M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v. 89, p.127-34, jan. 2001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395900003559>>. Acesso em: nov. 2017.

BONICA, John J. **The management of pain**. 2. ed. v. 1. Pennsylvania: Lea & Febiger, 1990.

BORSOOK, David et al. **The Massachusetts General Hospital Handbook of pain Management**. Boston: Little, 1996.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como o quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n 2, p. 283-90, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BOUHASSIRA, D. et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. **Pain**, v. 136, n. 3, p.380-7, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888574>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRANCO, Jaime C. et al. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 39, n.6, p. 448-453, jun.2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250656>>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos. **Portaria 28 de 13 nov. 1986**. Baixa instruções com vistas a normatizar os procedimentos referentes ao controle das atividades correlacionadas a substâncias entorpecentes e psicotrópicas e/ou produto. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg\\_detalhes2.cfm?id=4327de.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes2.cfm?id=4327de.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)>. Acesso em: 10 out.2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990a, 20 set. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 08 mar. 2018.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990b; 31 dez. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-norma-pl.html>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O alívio da dor do câncer**. Com um guia para a disponibilidade de opiáceos. 2. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.886 de 18/12/1997b**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do

Programa de Saúde da Família. Publicado no DOU em 22 dez. 1997. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181515>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998b**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999**. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. D.O.U. de 01 fev. 1999. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisaegis/VisualizaDocumento.asp?ID=684&Versao=2>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. ISBN 85-7318-079-X Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 19/GM de 03 de janeiro de 2002a**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html)>. Acesso em: 08 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b. 124 p. (Manuais técnicos). Bibliografia ISBN 85-7318-079-X. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://picica.dominiotemporario.com/apoio%20matricial%20cartilha.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de Maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.htm)> Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 01 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html)>. Acesso em: nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>, Acesso em: 05 maio. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 963, de 27 de maio de 2013a**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. 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, 2014a. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Joinville. 2014c. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.083, de 2 de Outubro de 2012. Retificada em 27 de novembro de 2015a**. Aprova o

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/Dor-Cr--nica---PCDT-Formatado--1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018. Pg 40 – pg33

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNPIC Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 96 p.il. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Atenção Primária À Saúde. **Núcleo de Telessaúde Santa Catarina**. 2015c. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/como-o-apoio-matricial-pode-ser-desenvolvido-na-atencao-basica-em-saudeatencao-primaria-em-saude/>>. Acesso em 4 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017a**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)>. Acesso em: 07 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 07 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 210 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_rename\\_2017.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf)>. Acesso em: 07 de dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017d**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2017 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1897\\_14\\_08\\_2017.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1897_14_08_2017.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão-Exercício de 2016, SUS**. Brasília, mar. 2017e. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/Relatorio-de-Gestao-da-SAS-2016.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018a**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares -

PNPIC. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)>. Acesso em: 17 out.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Perguntas mais frequentes**. Portal do Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Básica – DAB. 2018b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf\\_perguntas\\_frequentes.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php)>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 180 p. ISBN 978-85-334-2583-5. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL, Virginia Visconde et al. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, nov. 2008. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8040>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BREIVIK, Harald et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. **Annals of Oncology**, v. 20, n. 8, p. 1420–1433, 1 ago. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/annonc/mdp001>  
<<https://academic.oup.com/annonc/article/20/8/1420/146979>>. Acesso em: 28 maio 2018.

BREIVIK, Harald et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, v.10, 2006, p.287-333. Disponível em: <DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009>. Acesso em: 24 maio 2018. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2019.

CABRAL, Dayane Maia Costa et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. **J Pain**, v. 15, n.11, p. 1081-91, 2014. Disponível em: <[https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(14\)00814-1/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(14)00814-1/fulltext)>. Acesso em: 6 jun. 2018.

CAILLIET, Rene. **Dor mecanismos e tratamento**. Tradução Walkíria M. F. S. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

CAMARGO, Andrade Filho. **Dor diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. v.57, n. 5, p. 611-614, 2004. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>>. Acesso em: 25 fev.2018.

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. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4/3/2018.

CANADIAN PAIN SOCIETY. Pain research and management. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic non cancer pain\_A Consensus Statement and Guidelines. **The Canadian Pain society**, p.1-18, mar, 2001. Disponível: [Http://www.Pulsus.Com/Pain/03\\_04/Opio Ed.Htm](Http://www.Pulsus.Com/Pain/03_04/Opio_Ed.Htm)>. Acesso em: out.2017.

CARVALHO, Marselle nobre de et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, abr.jun 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00154.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00154.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2018.

CATALÀ, E. et al. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. **Eur J Pain**, v.6, p.133, 2002. Disponível em: <Doi 10.1053/eujp.2001.0310>. Acesso em: 28 maio 2018.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2009. Disponível em: <<https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 02 out.2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13 n.3, p.469-478, jul-set, 1997>. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CERIONI, Gláucia; SANCHES, João Carlos. Os tachyions e o superluminist. Comitê de Práticas Complementares e Integrativas. In: 14 CBDor - Congresso Brasileiro de Dor, 2019. São Paulo. **Resumos**. São Paulo: SBED, Jornal dos Comitês, Publicação da SBED, ano 3, 1º trimestre, 2019.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v.39, n.3, p.143-50, maio-jun. 1999. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/2264072/#>>. Acesso em: 05 out.2018.

COELHO, Erica de Fátima Primo; PEREIRA, Maria Gorete Nicolette. Atuação do enfermeiro no manejo da dor na sala de urgência e emergência. **Revista Internacional de Apoyo a laInclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad**, v. 3, n. 4, out. 2017, ISSN: 2387-0907,907. Disponível em:

<<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/download/4291/3516>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jan. 2018.

CONTATORE, Octávio Augusto et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out.2018.

COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cab1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde Integral Healthcare. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002)>. Acesso em 13 jul. 2017.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; PAIVA, Fernando Santana de. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000301009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000301009)>. Acesso em: 08 out. 2018.

CRISTÁLIA Prod. Quím. Farm. Ltda. **Modelo de bula para o paciente**. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=25068482016&pIdAnexo=4030903,2018](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=25068482016&pIdAnexo=4030903,2018)>. Acesso em: 03 mar. 2018.

CUNHA, Carolina Ortigosa et al. Is aerobic exercise useful to manage chronic pain?. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-64, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132016000100061&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000100061&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Rev Dor**, v.12, n. 2, p.120-4. São Paulo, abr-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a08>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

CURROW DC et al. Chronic pain in South Australia - population levels that interfere extremely with activities of daily living. **Aust N Z J Public Health**, v. 34, n. 3, jun. 2010, p. 232-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618262>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

DADALT, Giovana Tavares; EIZERIK, Dauana Pitano. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Physical Rev. Bras. Farm.**, v.94, n.2, p. 89-93, 2013. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-94-2-1-2013.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DAUDT, A.W. et al. Opióides no manejo da dor - uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 106-110, jun. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev.2018.

DAUT, R.L., CLEELAND, C.S. The prevalence and severity of pain in cancer. **Cancer**, v. 50, p.1913-1918, nov. 1982. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7116316>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

DE JONG, A. E. et al. The visual analogue thermometer and the graphic numeric rating scale: a comparison of self-report instruments for pain measurement in adults with burns. **Burns**; v. 41, n. 2, p.333-340, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417914002307>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

DELALIBERA, Mayra, et. al. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 9, set. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>>. Acesso em: 07 junho 2018.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 36-41, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan.2018.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Campinas: Autores Associados, 1994. 110p.

DERBY, Susan A. Opioid conversion guidelines for managing adult cancer pain. **AJN**, v. 99, n. 10, p, 62-65, out. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10542852>>. Acesso em: 10 jan.2018.

DESANTANA, Josimari Melo et al. Currículo em dor para graduação em Fisioterapia no Brasil. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-78, mar. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132017000100072&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000100072&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2018.

DIAS, T. et al. **The prevalence of chronic pain in Sao Paulo (Brazil):** a population-based study using telephone interview, in: 5th World Pain Congress - World Institute of Pain - WIP. New York: Wiley-Blackwell, 2009.

DIELEMAN, J.P. et al. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. **Pain**, v. 137, n. 3, p.681-8, jul. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18439759>>. Acesso em: 15 mar. 2018.



DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p.615-627, abr, 2012.

DOWNING, Douglas; CLARK, Jeffrey. **Estatística aplicada**. São Paulo: Saraiva, 1998.

DRAMOS Liliansa Maria Madeira. Panorama de la incorporación de tecnologías de información y tele salud en El Salvador. **Latin Am J telehealth**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 59-72, abr. 2018; ISSN: 2175\_2990. Disponível em: <<http://cetes.medicina.ufmg.br/revista/index.php/rlat/article/viewFile/232/403>>. Acesso em: 20 out. 2018.

DUNLOP, Robert. **Cancer: Palliative care**. London: British, 1998.

EDWARDS, R. R. et al. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. **The Journal of Pain**, v. 17, n. 9, p.T70-T92, set. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27586832>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ELIOT, A. M. et al. **The epidemiology of chronic pain in the community**. Lancet 1999; 354:1248-52.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FARAH, Simone. **A telecardiologia no apoio ao diagnóstico diferencial da dor torácica nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Telemedicina e Telessaúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018. 65 f. Disponível em: <<http://telessaude.uerj.br/mestrado/wp-content/uploads/2018/09/Simone-Farah-FINAL.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de, et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>>. Acesso em: 15 fev.2018.

FAULL, Cristina et al. **Handbook of palliative care**. Oxford: Blackwell Science, 1998.

FERREIRA, Lucas Lima; CAVENAGHI, Simone; MARINO, Laís H. Carvalho. Recursos eletroterapêuticos no tratamento da dor oncológica. **Rev Dor**, v.11, n.4, p.339-42, out.dez. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1659.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FERREIRA, M.L. et. al. Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys. **Eur J Pain**, v. 14, p.747.e1-e7. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036168>>. Acesso em: 23 maio 2018.

FERRELL, Betty R.; GRIFFITH, Hurdis. Cost issues related to pain management: report from the cancer pain panel of the agency for health care policy and research. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 9, n. 4, p. 221-234, maio 1994. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088539249490099X>>. Acesso em: nov.2017.

FERTONANI, Hosanna Pattrig 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: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIRA, Aline Belletti et al. Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 57-64, fev. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão; GOUVÊA, Mônica Villela; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. Estratégia Saúde da Família: expressão estética da educação permanente em saúde. **Diversitates Int J**, v. 09, n. 2, p. 03-24, 2017. Disponível em: <<http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/187/111>>. Acesso em: 05 mar.2018.

FIGUEIRÓ, João Augusto Bertuol, ANGELOTTI, Gildo; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. **Dor e Saúde Mental**. São Paulo. Atheneu. 2006, 216 p.

FOLEY, K.M. The treatment of cancer pain. **The New England Journal of Medicine**, v. 313, n. 2, jul. 1985. Disponível em: <DOI: 10.1056/NEJM198507113130205>. Acesso em: 12 abr. 2017.

FORTUNATO, Juliana G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 110-117, jul. set. 2013. Disponível em: <doi:10.12957/rhupe.2013.7538>. Acesso em: 10 out. 2018.

FRANCO, Fernanda Aparecida et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr.); v. 16, n. 1, p. 157-162, jan-mar 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a21.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

FREIRE, Julliana Cariry Palhano; FREIRE, Stéphanie Cariry Palhano, DIAS-RIBEIRO, Eduardo. Análise da acupuntura no tratamento de dores orofaciais: estudo de casos. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v.30, n.1, p.16-20, jan-mar; 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.26843/ro\\_unividv3012018p16-20](https://doi.org/10.26843/ro_unividv3012018p16-20)>. Acesso em: 06 nov. 2018.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREUND, John; SIMON, Gary A. **Estatística Aplicada**. Economia, Administração e Contabilidade. Porto Alegre, Bookman, 2000.

FÜRST S. Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. **Brain Res Bull**, v. 48, n. 2, p. 129-41, 15 jan. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10230704>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

GABAPENTINA: Cápsulas. Responsável técnico Luis Carlos de Oliveira. Rio de Janeiro/RJ: Actavis Laborvída Laboratórios Farmacêuticos Ltda, 2013. Bula de remédio. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10847062013&pIdAnexo=1915607](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10847062013&pIdAnexo=1915607)>. Acesso em: 10 nov.2018.

GALLAGHER, Rollin M. Primary care and pain medicine. A community solution to the public health problem of chronic pain. **Medical Clinics of North America**, v. 83, n.3, may 1999. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(05\)70124-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70124-3)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

GARCIA, João Batista Santos et al. Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina Optimizing post-operative pain management in Latin America. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 67, n.4, p. 395-403, jul. ago 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709417301605>>. Acesso em: 05 nov.2017.

GAUDARD, Ana Marcia Iunes Salles; SACONATO Humberto. Controle da dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia abdominal em dois hospitais públicos de Brasília. **Com Ciências Saúde**, v. 23, n.4, p.341-52, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/controle\\_dor\\_posoperatoria\\_pacientes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/controle_dor_posoperatoria_pacientes.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2018.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2018.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.123-133, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 dez. 2017.

GIANNI, Walter et al. Transdermal Buprenorphine for the Treatment of Chronic Noncancer Pain in the Oldest Old. **J Pain Symptom Manage**, v. 41, Issue 4, p. 707-714, 2011. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00966-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(10)00966-8/fulltext)>. Acesso em: 12 out. 2018.

GIOVANELLA L, Lobato L et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, p.37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

GOLDBERG, Daniel S., MCGEE, Summer J; Pain as a global public health priority. **BMC Public Health**, v.11, p. 770, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>>. Acesso em: 25 maio 2018.

GOMES, Maria Elasir S.; BARBOSA F. **A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos**. Educativa Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais (Publicação interna). Disponível em: <[http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/bancoobjetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D\\_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf](http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/bancoobjetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2016.

GONÇALVES, Alda Martins et al. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.1, n.1, p.94-102, jan. mar. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/35/80>>. Acesso em: 05 out. 2018.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES Maria de Fátima. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 301-320, jan. abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00040.pdf>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00040>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

GONZALEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2018.

GOUVÊA. Áquila Lopes. **Avaliação e mensuração da dor**. Programa de educação continuada em fisiopatologia e terapêutica da dor. Hospital de Clínicas USP, 2016. Disponível em: <<https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/avaliacao-e-mensuracao-da-dor-2016.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Competing paradigms in qualitative research**. In: DENZIN, NK; LINCOLN, YS. Handbook of qualitative research. 5.ed. Thousand Oaks. Sage Publications, 1994. p.105-17.

GUERRIERO, Fabio. Guidance on opioids prescribing for the management of persistent non-cancer pain in older adults. **World journal of clinical cases**, v. 5, n. 3, p. 73-81, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5352962/>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

GUIMARÃES, Eryck Araujo et al. O uso de práticas complementares e integrativas no tratamento da dor. 2º Congresso Internacional de atividade física, nutrição e saúde, set. 2016. **Anais...** Universidade Tiradentes. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/CIAFIS/article/view/3180/1125>>. Acesso em: 18 out.2018.

GUREJE, O et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. **Pain**, v. 135, n. 1-2, p. 82-91, mar. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17570586>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GUSTORFF, B. et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. **Acta Anaesthesiol Scand**, n. 52, v. 1, p. 132-6, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17976220>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

HALL, G.C. et al. Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. **Pain**, v. 122, n. 1-2, p. 156-62, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16545908>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, v. 11, n. 2, Ano 11, abr. jun. 2012. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=325](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=325)>. Acesso em: 10 out.2018.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretrizes Assistenciais: Diretriz de Tratamento Farmacológico da Dor**, n. 2547, 08 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1344435028Diretriz%20do%20tto%20da%20dor.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

HOURY, Debra; BALDWIN, Grant. Announcing the CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain. **Journal of Safety Research**, v. 57, p. 83-84, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2016.03.007>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

HUNG, W.W. et al. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change? **Med Care**, v. 50, n.6, p.501-7. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584885>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INOJOSA, R.M. Intersetorialidade e configuração de um novo paradigma organizacional. **Rev Adm. Pub**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698/6271>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

JAKOBSSON, U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern sweden. **Scand J Rheumatol**, v. 39, n. 5, p. 421-9, 2010. Disponível em: <[doi: 10.3109/03009741003685616](https://doi.org/10.3109/03009741003685616)>. Acesso em: 03 maio 2018.

JECKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

JOHANNES, Catherine B. et al. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. **The Journal of Pain**, v. 11, n. 11, p. 1230-1239, 2010. Disponível em: <<https://www.jpain.org/article/S1526->

5900(10)00601-2/pdf DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.002>>. Acesso em: 26 maio 2018.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-referente-a-2016.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

JORANSON, David E. Are Helth-Care Reimbursement Policies A Barrier to Acute and Cancer Pain Management? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 9, n. 4, p. 244-253, maio 1994. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90101-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90101-5)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

JORGE, Matheus Santos Gomes et al. Intervenção fisioterapêutica no impacto da dor lombar crônica em idosos. **Rev Dor. São Paulo**, v.16, n.4, out-dez 2015, p.302-5. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/pt\\_1806-0013-rdor-16-04-0302.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/pt_1806-0013-rdor-16-04-0302.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2018.

JULIUS, D.; BASBAUM, A. I. Molecular mechanisms of nociception. **Nature**, v. 413, n. 6852, p. 203-10. 2001. Disponível em: <DOI:10.1038/35093019 <https://www.nature.com/articles/35093019>>. Acesso em: 22 maio 2018.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Rev Adm. Pub.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7696/6269>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

KASANOWSKI, Mary K; LACCETTI, Margaret Saul. **Dor Fundamentos Abordagem Clínica Tratamento**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005. 256p.

KIPEL, Anna Geny Batalha. Prevalência da dor: Mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n.02, p.303-308, abr-jun. 2004.

KIPEL, Anna Geny Batalha. **Uso de morfina em Joinville no tratamento da dor: Alterações ocorridas entre 1994 e 1998**. 2002. 93 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville, SC.

KIPEL, Anna Geny Batalha; FRANCO, Selma Cristina; MULLER, Luciane Aparecida. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 198-203, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000300198&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300198&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

KLAUMANN, P. R., WOUK, A. F. P. F., SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary science**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/veterinary/article/view/11532/8022>>. Acesso em: 24 de maio 2018.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, jun. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

KOPF, Andreas, PATEL, Nilesh B.(ed). **Guia para o Tratamento da dor em Contextos de Poucos Recursos**. Material educativo escrito por uma equipe de autores multidisciplinar e multinacional, para distribuição geral aos prestadores de cuidados de saúde. Associação Internacional Para o Estudo da Dor (IASP), 2010. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2018.

KORNIN, Alan O processo de regulamentação da acupuntura no Brasil: um mapeamento dos discursos de atores e entidades protagonistas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173665>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

KRAUS, Scheila Iria. **Potencial terapêutico do extrato etanólico de combretum leprosum no modelo experimental de neuropatia periférica em camundongos**. 2017. Trabalho Conclusão do Curso de Graduação (Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências Biológicas, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/182112>>, Acesso em: 10 maio 2018.

KRAYCHETE, Durval Campos et al. Dor crônica persistente pós-operatória: o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento? **Rev Bras Anestesiol**, v.66, n.5, p. 505-512, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rba/v66n5/pt\\_0034-7094-rba-66-05-0505.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v66n5/pt_0034-7094-rba-66-05-0505.pdf)>. Acesso em: 05 nov.2017.

KRAYCHETE, Durval Campos. Qual a relação da dor com o custo da Saúde? **SaúdeBusiness**, Gestão Mercado, 9 julho 2015. Disponível em: <<https://saudebusiness.com/noticias/qual-a-relacao-da-dor-com-o-custo-da-saude/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

KRELING, M.C.; DA CRUZ, D.A.; PIMENTA, C.A. Prevalence of chronic pain in adult workers. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 509-513, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

KRÜTZMANN, Vanessa; MASSUQUETTI, Angélica; SILVEIRA, Eduarda Martins Correa da. O desenvolvimento socioeconômico de Santa Catarina e das SDRS Grande Florianópolis, Blumenau e Joinville (1991-2010). **Revista NECAT**, v. 2, n. 4, jul-dez 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/necat/article/view/2915/3479>>. Acesso em 12 nov. 2018.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq Neuropsiquiatr.**, v, 61, n.2-B, p. 416-425, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000300017&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000300017&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LAMBERG, Lynne. Novas diretrizes para o manuseio da dor crônica dos pacientes idosos. **Jama**, v.2, n. 9, p.1315-1316. out. 1998.

LIBRACK, S. Lawrence. **The pain manual: Principles and issues in cancer pain management.** Montréal, Québec: Pegasus, 1998.

LIMA, Márcia de et al. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 6-13, dez. 2007. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900004>>. Acesso em: 07 out. 2018.

LIMA, Mônica Angelim Gomes de; TRAD Leny A. Bomfim. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2672-2680, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/14.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTOA, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**, Florianópolis v. 10, p. 37-45, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

LOESER, J. D.; TREEDE, R. D. The Kyoto Protocol Of Iasp Basic Pain Terminology. **Pain**, v. 137, n. 3, p. 473-477. 31 jul. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18583048>>. Acesso em: 22 maio 2018.

LUCENA, Amália de Fátima et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2018.

MACCONNACHIE A.M. Analgesics in the management of chronic pain part four: Steps 3 Oral Analgesic Drug Therapy. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 14, n. 6, 318-319, dez. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10196915>>. Acesso em: 15 out. 2017.

MACDONALD, R. Neil. The management of chronic pain in patients with breast cancer. **Can Med Assoc J. Suppl**, v. 3, p. S71-S81, fev. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9484281>>. Acesso em: 25 out. 2017.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em: 20 mar. 2018.



MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, s. 1, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200309&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1799-1809, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1799.pdf>>. Acesso em: 11 jan.2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v9n2/20397.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v9n2/20397.pdf)>. Acesso em: 25 fev.2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.6, p.1683-1694. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 25 jan.2019.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan. jul. 2003. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/786>. Acesso em: 25 fev.2018.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 fev. 2018.

MANCHIKANTI, Laxmaiah et al. Opioid Epidemic in the United States. **Pain Physician**, v. 15, ES9-ES38, ISSN 2150, 2012. Disponível em: <[1149http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MTcwNA==&journal=68](http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MTcwNA==&journal=68)>. Acesso em: 26 maio 2018.

MANZATO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. Departamento de Ciência de Computação e Estatística – IBILCE – UNESP. 2012. Disponível em: <[http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2012\\_1/ELABORACAO\\_QUESTIONARIOS\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf)>. Acesso em: mar.2015.

MARINHO, Liliana Andreia Gomes. **A gestão da dor em cuidados paliativos: saberes e práticas dos enfermeiros**. 2013. 89 p. Dissertação (Curso de Mestrado

Cuidados Paliativos). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1185/1/Liliana\\_Marinho.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1185/1/Liliana_Marinho.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2018.

MARKS, R.; SACHAR E.J. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. **Annals of Internal Medicine**, v. 78, n.2, fev. 1973. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4683747>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 28-32, abr. 2011. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252011000200010&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200010&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MARTELETE, Miriam. **Alívio da dor no câncer**. São Paulo: Atheneu, p.1-83, 1992.

MARTINS, David. **Uma abordagem às práticas integrativas e complementares associadas aos tratamentos especializados em comorbidades crônicas, na Estratégia de Saúde da Família**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS). Rio de Janeiro 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/7895/David%20Martins.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 set. 2018.

MATA, Matheus de Sousa et al . Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, Jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2019.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37>. Acesso em: 08 out. 2017.

MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, fev. 2001. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 out. 2018.

MEHTA, Neel et al. Using Chronic Pain Outcomes Data to Improve Outcomes. **Anesthesiol Clin.**, v.34, n. 2, p. 395-408, jun. 2016. Disponível em: <doi:10.1016/j.anclin.2016.01.009>. Acesso em: 22 out. 2018.

MELISCKI, Gustavo Antonio et al. Diferentes modalidades terapêuticas no tratamento da tendinopatia do supraespinhoso. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n.2, p. 201-207, abr.jun. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40828920007.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

MELZACK R. Pain and the neuromatrix in the brain. **J Dent Educ**, v. 65, n.12, p.1378-82, dez. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11780656>>. Acesso em: 08 mar 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília-DF, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Mar. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2018

MENDEZ, Sandra Porciuncula et al. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 199-211, set. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132017000300199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300199&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2018.

MENDOZA-SASSI, Raúl et al. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 20, n. 1, 2006. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000700003&script=sci\\_arttext&lng=e](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000700003&script=sci_arttext&lng=e)>. Acesso em: 5 jun. 2018.

MERCADANTE S. et al. Morphine versus methadone in the pain treatment of advanced-cancer patient followed up at home. **Journal of clinical oncology**, v.16, n. 11, p. 3656-3661, nov, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817288>>. Acesso em: 22 jun.2017.

MERCADANTE, S. et al. Rapid switching from morphine to methadone in cancer patients with poor response to morphine. **Jounal of Clinical Oncology**, v. 17, n. 10, p. 3307-3312 oct. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10506634>>. Acesso em: 22 jun.2017.

MERHY Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf)>. Acesso em: 8 maio 2008.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Task Force on Taxonomy. **International Association for the Study of Pain Press**, 2. ed., p. 209-214, 1994. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>>. Acesso em: 7 jun. de 2018.

MEZIAT FILHO, Ney; SILVA, Gulnar Azevedo e. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 494-502, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300007>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MIFFLIN, K.A.; KERR, B.J. The transition from acute to chronic pain: understanding how different biological systems interact. **Can J Anaesth**, v. 61, 2014, p.112–22. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277113>>. Acesso em: 30 ago.2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. **Cad Saúde Públ**, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MINSON, Fabíola Peixoto et al. Redução do uso de petidina em hospital privado com a implantação de um programa educativo multiprofissional. **Rev Dor**, São Paulo, v.12, n.1, p.35-8, jan-mar 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2011/v12n1/a1785.pdf>>. Acesso em: jan.2018.

MINSON, Fabiola Peixoto. Algoritmo para tratamento de dor oncológica. **einstein: Educ Contin Saúde**, v. 6, n.3, 2008, p.140-1. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1040-EC%20v6n3%20p140-1.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2018.

MIRANDA, Anelise Novaes de et al. Dor crônica em trabalhadores de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **J Nurs Health**, Pelotas (RS) v.2, n.1, p.50-62, 2012 jan/jun. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3454/2839>> Acesso em: 7 jun 2018.

MONTEJO, Rosas, et al. Sulfato de morfina oral de liberación inmediata em pacientes com dolor por câncer. **Gac Méd Méx**, 1998, v. 134, n. 2, p.161-167.

Disponível em: <[https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1998-134-2-161-167.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1998-134-2-161-167.pdf)>. Acesso em: 30 ago.2017.

MONTINI, Flavio Tanouye; NEMAN, Fabiana Augusto. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da unidade básica de saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. **Science in Health.**; v. 3, n. 2, p. 74-86. maio-ago 2012. Disponível em:

<[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista\\_scienceinhealth/08\\_maio\\_ago\\_2012/science\\_02\\_12\\_74-86.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/08_maio_ago_2012/science_02_12_74-86.pdf)>. Acesso em: 6 maio 2018.

MORAIS, Gilvania Smith da Nóbrega, et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, jun. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 10 out.2018.

MOULIN, D.E. et al. Chronic pain in Canada – Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. **Pain Res Manage**; v.7, n.4, p.179-184, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12518174>>. Acesso em: 23 de maio 2018.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. s69-s81, nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>>. Acesso em: 02 set. 2018.

MURRAY, Aileen et al. Effect of a Self-Determination TheorieBased Communication Skills Training Program on Physiotherapists' Psychological Support for Their Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, p. 809-16, maio 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.007>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

NASCIMENTO, Daiana Ciléa Honorato; SAKATA Rioko Kimiko. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. **Rev Dor**, São Paulo, v.12, n.2, p.160-5, abr.jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200013>>. Acesso em: 02 mar.2018.

NASCIMENTO, L.A.; KRELLING, M.C. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.50-4, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100007>>. Acesso em: 28 maio 2018.

NASCIMENTO, Paulo Roberto Carvalho do; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1141-1155, jun, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046114>>. Acesso em: 27 maio 2018.

NELSON, Kristine A. et al. Prospective, within-patient, crossover study of continuous intravenous and subcutaneous morphine for chronic cancer pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 13 n. 5, p. 262-267, maio, 1997. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(96\)00329-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(96)00329-6)>. Acesso em: 09 jan. 2017.

NEVILLE, A. et al. Chronic pain: a population-based study. **Isr Med Assoc J.**, v.10, n.10, out. 2008, p. 676-80. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009944>>. Acesso em: 02 jun 2018.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: Possibilidade para a práxis de enfermagem.** Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; CORDONI JUNIOR Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 393-400, fev. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>>. Acesso em: jan.2017.

OLIVEIRA, Alessandra Andréa de Castro; OLIVEIRA, Lucienne Cruz. A efetividade da acupuntura no tratamento dos portadores de cefaleia. **Revista Hórus**, v. 6, n. 1, p. 77-91, 2011. Artigo de Revisão 77. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/4086/187>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

OLIVEIRA, Regina Lopes. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v.4, n.2, nov.dez. 2011.

OLIVÊNCIA, Salomão Antônio. Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos. Revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2018, p. 383-393. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt\\_1809-9823-rbgg-21-03-00372.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt_1809-9823-rbgg-21-03-00372.pdf)>. Acesso em: 10 out.2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. The Flexner Report: for Good and for Bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.4, p. 492-499; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 mar.2018.

PALMEIRA, Claudia. **Opioides - tolerância e dependência.** Disciplina de Anestesiologia, Faculdade de Medicina da USP, 2018. Disponível em: <<http://www.anestesiologiausp.com.br/wpcontent/uploads/Toler%C3%A2ncia-e-depend%C3%A2ncia-aos-opioides.pdf>>. Acesso em: 25 mar.2018.

PARACETAMOL: Comprimidos. Responsável técnico Miriam Onoda Fujisawa. Campinas – SP: Medley Indústria Farmacêutica Ltda, 2013. Disponível em: <<http://bula.medicinanet.com.br/bula/8292/paracetamol.htm>>. Acesso em: 10 nov.2018.

PATEL, Tejal et al. Knowledge, Perceptions and Attitudes toward Chronic Pain and Its Management: A Cross-Sectional Survey of Frontline Pharmacists in Ontario, Canada. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, 7 jun. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157151>>. Acesso em: 06 out.2018.

PAYNE, R. et al. Quality of life and cancer pain: Satisfaction And Side Effects With Transdermal Fentanyl Versus Oral Morphine. **Journal of Oncology**, v. 16, n. 4, p.1588-1593, abr. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9552070>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

PEAT, S. et al. Assessment of analgesia in chronic pain. Randomized double-blind crossover study of once daily repro-dose morphine versus mst continuos. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 55, n.8, p. 577-581, out. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10541775>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

PEDERSEN, D. Evaluación de servicios de salud: el punto de vista de la gente. **Enfoques en Atención Primaria**, v. 2, p.12-22, 1991.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

PEREIRA, Lilian Varanda et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.4, p.662-9, jul.-ago. 2014. Disponível em: <DOI: 10.1590/0104-1169.3591.2465>. Acesso em: 09 set. 2017.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no programa de saúde da famíliathe territory in family health program. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygeia**, v. 2, n.2, p.47-55, jun, 2006. Disponível em: <[www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/)>. Acesso em: 19 out. 2017.

PIMENTA CAM. **Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor**. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

PIMENTA, Cibele A. M., et al. Opiáceo intratecal na dor crônica não neoplásica. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 56, n.3-A, p. 398-405,1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1998000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300008)>. Acesso em: 19 out. 2017.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-483, dez. 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341996000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov.2018.

PINHEIRO, R. **Integralidade e prática social**. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 15 maio 2017.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, Jun. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2018.

PORTENOY, Russel K. et al. The metabolite morphine-6-glucuronide contributes to the analgesia produced by morphine infusion in patients with pain and normal renal function. **Clin Pharmacol Ther.** v. 51, n.4, abr. 1992, p. 422-31. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1563212>>. Acesso em: 19 out. 2017.

PORTENOY, Russel K.; FOLEY, Kathleen M. Chronic use of opioid analgesics in Non-Malignant Pain. **Pain**, v. 25, p. 171-186, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2873550>>. Acesso em: 19 out. 2017.

PORTUGAL. SNS Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 jun. 2003. **A Dor como 5º Sinal Vital** - Registo Sistemático da Intensidade da dor. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>>. Acesso em: 10 nov.2018.

POSSO, Irimar de Paula; PALMEIRA, Cláudia Carneiro de Araújo; VIEIRA, Érica Brandão de Moraes. Epidemiologia da dor neuropática. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 11-14, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160039>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

POSSO, Maria Belén Salazar et al. Percepção dos enfermeiros sobre o tratamento da dor crônica não maligna com opioides. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-11, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132013000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov.2018.

POZEK John-Paul J. et al. The Acute to Chronic Pain Transition Can Chronic Pain Be Prevented? **Med Clin N Am**, v. 100, p. 17-30, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712515001431?via%3Dihub>>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.005>>. Acesso em: 10 out. 2018.

PRATES, José Gilberto et al. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 318-327, jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140029>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

PREGABALINA: Cápsulas. Responsável técnico Gabriela Mallmann. Guarulhos – SP: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A.- Biosintética Farmacêutica Ltda, 2015. Bula de remédio. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6530362015&pIdAnexo=2758854](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6530362015&pIdAnexo=2758854)>. Acesso em: 10 out. 2018.

RANE A., et al. Pharmacological treatment of cancer pain with special reference to the oral use of morphine. **Acta Anaesth. Scand**, v. 74, p. 97-103, 1982. Disponível



em: <<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.1982.tb01855.x>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 32-37, abr/jun, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8928/6833>>. Acesso em: 10 Jun. 2015.

RIBEIRO, Hugo Alexandre da Cruz **Particularidades da avaliação e tratamento da dor no idoso**: contributo para a validação da Pain Quality Assessment Scale® e abordagem terapêutica na população idosa. 2017 (Dissertação) Mestrado em Geriatria. Coimbra, maio 2017. Faculdade de Medicina, Universidade de Medicina. <<https://eg.uc.pt/bitstream/10316/46689/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Hugo%20Ribeiro.pdf>>. Acesso em: 10 out.2018.

RIPAMONTI, C et al. Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: What Is The Equianalgesic Dose Ratio? **Journal of Clinical Oncology**, v. 16, n. 10, p. 3216-3221, out. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9779694>>. Acesso em: 06 jan.2018.

RIZZO, João Marcos. Petidina: ciência ou hábito? **Rev Dor**, São Paulo, v.11, n.4, p.275, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://rpcadm.hospitalmoinhos.org.br/Arquivos/7232ccf4-4076-48ac-a346-2448ac330a79.pdf>>. Acesso em: 25 mar.2018.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354>>. Acesso em: 15 out. 2017.

ROCHA; Dais Gonçalves et al. Processo de Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien Saude Colet**, v.19, n.11, p.4313-4322, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104313&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104313&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 fev. 2019.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999. Petrópolis: Vozes, 2010.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 out. 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003. p. 15-30.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROZENFELD, Suely. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RUSSO, Cathy M.; BROSE, William G. Chronic pain. **Annu Rev Med**, v.49, p.123-33, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9509254>>. Acesso em: 22 maio 2018.

RUSTØEN T. et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. **Eur J Pain**, v. 8, n.6, p.:555-65, dez.2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15531224>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev Dor**, v. 13, n.2, p.128-31, São Paulo, abr-jun 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/06.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

SÁ, K., et al. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. **Rev Saude Publica**, v.43, n.4, p.622-30, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19488666>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SÁ, Katia Nunes. et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. **Pain**, v.;139, n.3, p.498-506. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.06.008>>. Acesso em: 23 maio 2018.

SADATSUNE, E.J. et al. Dor crônica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e prevenção. **Rev Dor**, v.12, n.1, p. 58-63, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000100013>>. Acesso em: 28 maio 2018.

SALAFFI, Fausto; SARZI-PUTTINI, Piercarlo; ATZENI, Fabiola. How to measure chronic pain: New concepts. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 29, p. 164-186, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.023>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SALOME, Geraldo Magela; FERREIRA, Lydia Masako. Impacto do curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno na vida dos pacientes com úlcera venosa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 116-124, abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017002002>>. Acesso em: 24 maio 2018.

SALVETTI, Marina de Góes. Avaliação da dor. Aula. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica EEUSP Grupo de Pesquisa: Dor, controle de sintomas e cuidados paliativos. USP, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/432558/mod\\_resource/content/1/Aula%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20DA%20DOR%20AIF%202017.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/432558/mod_resource/content/1/Aula%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20DA%20DOR%20AIF%202017.pdf)>. Acesso em: 10 nov.2018.

SANTA CATARINA (Estado). **Formulário médico para solicitação de medicamento através do CEAF/SC para tratamento de dor crônica**. Portaria SAS/MS nº 1083 de 02 out. 2012 (retificação 27 nov. 2015). Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/vigilancia-em-saude/assistencia-farmacaceutica/componente-especializado-da>>

assistencia-farmaceutica-ceaf/protocolos-clinicos-ter-resumos-e-formularios/dor-cronica/12632-formulario-dor-cronica/file>. Acesso em: 10 out.2018.

SANTOS, Adriana M. Barsante et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. **Maturitas**, v.67, p.251-5, 2010.

SANTOS, Débora Ribeiro; NEVES, Flávia de Siqueira; CABRAL, Luís Felipe (Col.) **Dicionário on line de Português**. 7 Graus, 2018. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br>>. Acesso em: 25/03/2018.

SANTOS, Franco Andrius Ache dos et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.18, n.1, jan-mar 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

SANTOS, J.O. Filosofia da Educação Médica: interpretação da práxis. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 10, n.2, p. 82-6, 1986.

SANTOS, Patricia Tavares dos; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/12.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2018.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHOA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000300694&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300694&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 out. 2018.

SANTOS, Vandrê Rodrigues dos; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. Fisioterapia e práticas integrativas e complementares nos núcleos de apoio à saúde da família. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v.7, n.2 p.207-214, maio 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1318>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3713-3721, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3713.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SARDÁ JÚNIOR, Jamir João et al. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Rev Dor**, v.11, n.1, p.28-35, 2010. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45784800/a1496.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1541946385&Signature=xwAjJ0tA2q45zsKrR%2FCzckvLqG4%3D&response-content->

disposition=inline%3B%20filename%3DValidacao\_do\_questionario\_de\_incapacidad.pdf>. Acesso em: 05 out.2018.

SBED-Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Internacional Association for the Study of Pain – IASP. **O mapa da dor crônica no Brasil**. SBED Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Publicações, Notícias SBED, 2017. Disponível em: <[http://www.sbed.org.br/lermais\\_materias.php?cd\\_materias=807&friurl=-O-mapa-da-dor-cronica-no-Brasil-](http://www.sbed.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=807&friurl=-O-mapa-da-dor-cronica-no-Brasil-)>. Acesso em: 15 mar 2018.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf>>. Acesso em 4 mar. 2018.

SCHESTATSKY, P; NASCIMENTO, OJM. What do general neurologists need to know about neuropathic pain?. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 1175-1176, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2009000600041&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600041](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2009000600041&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600041)>. Acesso em: 6 jun. 2018.

SCHMITT, Cristiane; HAHN, Paola Trindade. A fisioterapia na síndrome do músculo piriforme: uma revisão da literatura. **Revista UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.18-21, out-dez 2013, ISSN online 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1456>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-698, May 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SCHUTEL, Tamara Alexandra Arias et al.. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde**, v.8, n.2, p.85-93, maio-ago. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>:<http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.2.20167>>. Acesso em: 25 Mar. 2018.

SCHWENGBER. Fernanda. **Eficácia e segurança**: morfina versus outros opióides no controle da dor oncológica. (Trabalho de Conclusão de Curso)- Pós-Graduação Lato Sensu em Farmácia Hospitalar – 1ª edição da Unidade de Educação Continuada, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ- RS, 2017. Disponível em:<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4669/Fernanda%20Schwengber.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SERRIE, Alain et al. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Chronic pain management: Societal impact. **Douleurs Évaluation – Diagnostic-Traitement**, v. 15, p.106-114, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.douler.2014.04.002>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

SHUBAYEV, V.I. et al. TNFalpha-induced MMP-9 promotes macrophage recruitment into injured peripheral nerve. **Mol Cell Neurosci**, v.31,p.407-15, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431648/>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

SHVARTZMAN, P. et al. Pain control in ambulatory cancer patients--can we do better? **J Pain Symptom Manage**, v.26, n.2, p. 716-22, ago.2003. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/cc7c/22037583c3c3c470aac53ddc8e568fad0207.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2018.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D.Andrea (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SILVA, Eunice José da Graça Dias Gomes da; DIXE, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 245-250, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132013000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2018

SILVA, Eveline Fronza da et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ci Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p. 1029-40. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>>. Acesso em: 17 jun 2017.

SILVA, José Aparecido Da. **Avaliação e mensuração da dor: Pesquisa, Teoria e Prática**. (Aula) Universidade de São Paulo-Campus de Ribeirão Preto. 12º CBDor. Dor: Clínica, Abordagem e Tratamento. Curitiba-PR, 30 set. a 03 out. 2015. Disponível em: <[http://www.sbed.org.br/materias.php?cd\\_secao=67](http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=67)>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SILVA, José Aparecido da; RIBEIRO FILHO, Nilton Pinto. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, abr. jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11>>. Acesso em: 02 mar.2018.

SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Ana Claudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):377-385, mar- abr, 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n2/377-385>>. Acesso em: 15 ago 2015.

SILVA, Maria Rocineide Ferreira Da. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas estratégia saúde da família: uma cartografia da micropolítica**. 2012. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas

(SP). **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-120, mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016143402>>. Acesso em 11 nov. 2018.

SIMÕES, Ângela Sofia Lopes. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. **Rev Dor**, v.12, n. 2, p. 166-71. São Paulo, abr-jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2018.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de. **Porque a dor é uma questão também de Saúde Pública!** Fique por Dentro, São Paulo: SBED Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 06 nov. 2014. Disponível em: <[http://www.sbed.org.br/lernais\\_materias.php?cd\\_materias=173&friurl=-%20](http://www.sbed.org.br/lernais_materias.php?cd_materias=173&friurl=-%20)> Acesso em: 7 ago. 2017.

SIQUEIRA, Tadeu Tesseroli de. A dor dos brasileiros: discutindo o uso de opióide no tratamento da dor no Brasil. **Rev. Dor**, v.14, n.4, São Paulo, out. dez. 2013. Disponível em: <[ISSN18060013http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132013000400001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132013000400001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 out. 2017.

SOARES, Karoline Teles de Araújo et al. Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em pacientes com insuficiência renal crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 133-140, jan.mar. 2011. ISSN 0103-5150. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a15.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

SOMMERFELD, Caroline Evelyn>. Acesso à **atenção integral em oncologia e o trabalho em rede**: uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de Boca (PAIM-Boca). Tese de Doutorado Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Faculdade de Ciências Médicas. Ampinas, 2013.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros et al. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 03-10, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100002>>. Acesso em: 25 Mar. 2018..

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al>. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>>. Acesso em: 02 out.2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEGLICH, Raquel Bissacotti. Aspectos epidemiológicos e histopatológicos do melanoma Cutâneo primário em residentes de Joinville-Sc, 2003-2014. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) - Universidade da Região de Joinville, 2015. Disponível em: <[http://univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=DISSERTACAO\\_MELANOMA\\_RAQUEL\\_STEGLICH\\_2015.pdf&current=/Dissertacoes\\_completas/2015](http://univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=DISSERTACAO_MELANOMA_RAQUEL_STEGLICH_2015.pdf&current=/Dissertacoes_completas/2015)>. Acesso em 12 set. 2017.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STÜBE, Mariléia, et. al. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **Revista Mineira de Enfermagem: REME**, v. 19, n.3, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1033>. ISSN (on-line): 2316-9389. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150053>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SUZUKI, T. Role of the k-opioid system in the attenuation of the morphine-induced place preference under chronic pain. **Life Sciences**, v.64, n. 1, 1-7, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10027746>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

TAVARES NETO, Antero, et al. Lombalgia na atividade policial militar: análise da prevalência, repercussões laborativas e custo indireto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.2, p.365-374 abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1228/778>>. Acesso em: 10 out. 2018.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen et al. Eficácia analgésica e tolerabilidade do tramadol. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, n. 4, p.287-293, abr. 1999. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=665](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=665)>. Acesso em: 08 mar. 2018.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). **Revista de Homeopatia**, n.80, n.1/2, p. 18-39, 2017. Disponível em: <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/viewFile/392/440>. Acesso em: 23 mar. 2019.

THIAGO, Sônia de Castro S; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 out. 2018.

THOMSEN, A. B. et al. Opioid rotation in chronic non-malignant pain patients. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 43, p. 918-923, 1999. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1399-6576.1999.430909.x>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

TORRANCE, Nicola, et al. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey. **The Journal of Pain**, v. 7, n. 4, abr. 2006, p. 281-289. Disponível em: <[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)>. Acesso em: 24 maio 2018. doi:10.1016/j.jpain.2005.11.008

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 777-796, 2009. Disponível em: >. Acesso em: 16 set. 2014.

TRIOLA, Mario F. **Introdução à Estatística**. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científico, 2008.

TURATO ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** ed. 4. Petrópolis: Vozes, 2010.

TURK, Dennis C. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients With Chronic Pain. **The Clinical Journal of Pain**, v. 18, n. 6, p 355-365, nov.-dez. 2002. Disponível em: <[https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2002/11000/Clinical\\_Effectiveness\\_and\\_Cost\\_Effectiveness\\_of.3.aspx](https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2002/11000/Clinical_Effectiveness_and_Cost_Effectiveness_of.3.aspx)>. Acesso em: 22 out. 2018.

UGÁ, Maria Alícia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p.417-437, 2003. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200008&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200008&script=sci_abstract)>. Acesso em: 05 mar.2018.

UNIÃO QUÍMICA Farmacêutica Nacional S.A. Cloridrato de petidina. Medicamento genérico, Lei nº 9.787, de 1999 Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24862392016&pIdAnexo=4018417](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24862392016&pIdAnexo=4018417)> Acesso em: 12 mar. 2018

VALENTINO L., et al. Managing chronic nonmalignant pain with continuous intrathecal morphine. **Journal of Neuroscience Nursing**, v.30, n. 4, p. 233-239, aug. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9791778>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

VAN HECKE, O. et al. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. **Pain**, v.155, n.4:654-62, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500011&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500011&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 6 de junho de 2018.

VARGAS- SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Can. Fam. Physician** [S.l.], v. 56, n. 6, p. 514-517, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902929/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

VIEIRA, Ricardo S. Uma introdução à teoria dos táquions (An introduction to the theory of tachyons). **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 34, n. 3, 2012. Disponível em: [www.sbfisica.org.br](http://www.sbfisica.org.br) <http://www.scielo.br/pdf/rbef/v34n3/a06v34n3.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

VIEIRA, Sônia. **Estatística experimental.** São Paulo: Atlas, 1999.

VLAINICH, Roberto et al. Avaliação do Custo do Medicamento para Tratamento Ambulatorial de Pacientes com Dor Crônica. **Rev Bras Anestesiol**, v.60, n. 4, p 399-405, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n4/v60n4a07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

VON KORFF M, DWORKIN S, RESCHE L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. **Pain**, v.40,p.279-91, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2326094>>. Acesso em: 11 fev. 2018.



WALKER, B.F. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to. **J Spinal Disord**, v.13, p.205-17. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10872758>>. Acesso em: 23 de maio 2018.

WEHLING, M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. **Eur J Clin Pharmacol**, v.70, n.10, p.1159-72, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25163793>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

WHO World Health Organization. **Guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in adults with medical illnesses**. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120\\_Guidelines.pdf;jsessionid=6AAF1CCF004E5AF75077A8112A41308D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120_Guidelines.pdf;jsessionid=6AAF1CCF004E5AF75077A8112A41308D?sequence=1)>. Acesso em 12 nov. 2018.

WONG, Wing S; FIELDING, Richard. Prevalence and Characteristics of Chronic Pain in the General Population of Hong Kong. **The Journal of Pain**, v.12, n.2, p. 236-245. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875775>>. Acesso em: 26 de maio 2018.

WOOLF, Clifford J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. **Pain**, v.152, p.S2–15. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961685>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

WOOLF, Clifford J.; SALTER, Michael W. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. **Science**, v. 288, n. 5472, p. 1765-9. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846153>>. Acesso em: 22 maio 2018.

YU, Hsing-Yi, et al. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. **Pain Manag Nurs**, v.7, n.1, p. 2-11. 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904205001943#!>>. Acesso em: 27 maio 2018.

ZAPPELLINI, Marcello Beckert; FEUERSCHÜTTE, Simone Ghisi. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 241-273, jun. 2015. ISSN 2358-0917. Disponível em: <<https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/238>>. Acesso em: 10 out. 2018.

ZECH, Detlev F.J. et al. Validation of the World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. **Pain**, v. 63, n.1, p.65-76, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8577492>>. Acesso em: 05 jan.2018.

ZOTELLI, Vera Lucia Rasesa; MEIRELLES, Maria Paula Maciel Rando; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n.2, p. 185-8, mai-ago 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/viewFile/415/31>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Questionários aplicados**

**UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE**  
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**  
ANNA GENY BATALHA KIPEL (Doutoranda)  
PROF. DRA. SELMA CRISTINA FRANCO (Orientadora)

**QUESTIONÁRIO 1 - MÉDICOS**

---

**FORMAÇÃO**

**1) O(A) senhor(a) tem especialidade?**

Não       Sim      Qual? \_\_\_\_\_

**2) Onde o(a) senhor(a) atua?**

- PA  
 Unidade Básica  
 Unidade de Saúde da Família

**3) Há quanto tempo exerce essa profissão?**

anos completos ou     meses (se menos que 12 meses)

**ÁREA TÉCNICA**

**4) O seu curso de formação profissional abordou o tema da dor crônica como disciplina específica?**     Não       Sim

**5) O(A) senhor(a) já realizou curso de capacitação para cuidar/tratar pacientes com dor crônica?**       Não       Sim

**6) Onde o(a) senhor(a) realizou a capacitação?**

- SMS/PROGESUS  
 Hospital Público  
 Hospital Privado  
 Instituição de ensino superior  
 Outro \_\_\_\_\_

**7) Para o senhor (a) o que é dor crônica?**

Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:

- Por mais de dois anos  
 Por mais de um ano  
 Por mais de 6 meses  
 Desconheço o conceito de dor crônica segundo a literatura especializada nesta área.

**8) Com que frequência o(a) senhor(a) atende pacientes com dores fortes recorrentes (crônicas) aqui na unidade de saúde?**

- Toda a semana       Quinzenalmente       Mensalmente  
 Ocasionalmente       Nunca       Desconheço

**9) Se a dor for suportável é melhor não medicar e investigar primeiro a causa da dor?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconheço

**10) O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica?** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**11) O(A) senhor(a) o utiliza ( guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?** ( ) Sim ( ) Não

**12) O(A) senhor(a) conhece algum método/escala/questionário validado para avaliar a dor?** ( ) Sim ( ) Não, nomeie \_\_\_\_\_

**13) O(A) senhor(a) utiliza este método/ escala/questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes?** ( ) Sim ( ) Não

**14) Com relação ao uso de opióides no tratamento da dor crônica, qual(ais) alternativa(s) representa(m) a sua realidade profissional:**

- ( ) Tenho receio de reações ou efeitos colaterais indesejáveis da medicação
- ( ) Não tenho conhecimento suficiente para prescrever opióides para uso crônico (contínuo)
- ( ) Tenho dificuldades em avaliar pacientes com queixas de dor crônica
- ( ) Não tenho receituário para medicamentos controlados
- ( ) O sistema de saúde impõe restrições burocráticas à aquisição de receituário para prescrição de opióides
- ( ) Tenho receio que o paciente torne-se viciado em analgésicos opióides se utilizá-los cronicamente (continuamente).
- ( ) Desconheço o tratamento da dor crônica

**15) Qual (ais) medicamento (s) opióides o(a) senhor(a) considera como boa (s) opção(ões) para tratar a dor crônica de forte intensidade, segundo literatura científica?**

- ( ) Codeína ( ) Petidina ( ) Tramadol
- ( ) Cloridrato de Morfina ( ) Metadona ( ) Desconheço

**16) Quando a dor é muito intensa, o(a) senhor(a) considera a associação de dois opióides uma boa opção para controlá-la?**

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconheço

**17) Na sua opinião, as palavras “dependência física” e “vício” são sinônimas quando relacionadas ao uso de opióides na dor crônica?**

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconheço

**18) Sobre o limiar e a percepção da dor, assinale as alternativas corretas:**

- O limiar de dor depende somente da evolução e/ ou etiologia da doença
- Fatores culturais podem alterar a percepção da dor
- Fatores emocionais podem alterar o limiar da dor
- A religiosidade pode interferir na percepção de dor
- Características individuais da personalidade dos pacientes podem interferir no limiar de dor
- Desconheço os fatores que podem interferir no limiar e na percepção da dor

**SUS**

**19) Com relação à assistência farmacêutica aos pacientes ambulatoriais que fazem uso de medicamentos no domicílio, assinale o local onde os medicamentos abaixo são fornecidos:**

	Rede Básica	Farmácia escola	PAs	Desconheço
Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-depressivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-convulsivantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-inflamatórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20) Quais medicamentos listados abaixo são disponibilizados atualmente no SUS para tratar pacientes com dor crônica em domicílio?**

- Tramadol
- Codeína
- Diazepam
- Fentanil
- Metadona
- Outros
- Petidina
- Gabapentina
- Desconheço
- Morfina
- Amitriptilina

**21) Seu local de trabalho instituiu algum protocolo destinado ao controle da dor em pacientes que procuram os serviços do SUS?**

- Protocolo para Avaliação da Dor:  Sim  Não  Desconheço
- Protocolo para Tratamento da Dor:  Sim  Não  Desconheço

**22) Na sua opinião, que profissionais seriam necessários para conduzir o tratamento da dor crônica?**

- Médicos especialistas em dor
- Médicos especialistas
- Médicos Psiquiatras
- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionais
- Enfermeiros
- Profissionais que trabalham com terapias alternativas (acupuntura, etc)

**23) Nos serviços do SUS, quem deve diagnosticar a dor crônica, em sua opinião?**

- Todos os médicos
- Somente os médicos especialistas
- Somente os médicos especialistas em dor crônica
- Desconheço

**24) Em sua opinião, qual é o papel da rede básica na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa):**

- Apenas acolher o paciente e tratar a dor com os analgésicos disponíveis
- Acolher o paciente, investigar e diagnosticar
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista em dor
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor, diagnosticar e tratar a dor
- Não é o papel da rede básica tratar dor crônica
- Desconheço o papel da atenção básica nesta área

**25) Em sua opinião, qual é o papel dos PAs na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa):**

- Apenas acolher o paciente e tratar a dor com os analgésicos disponíveis
- Acolher o paciente, investigar e diagnosticar
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista em dor
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor, medicar no PA, encaminhá-lo a rede básica
- Acolher o paciente, investigar a causa da dor, diagnosticar e tratar a dor
- Não é o papel do PA tratar dor crônica
- Desconheço o papel do PA nesta área

**26) Em sua opinião, que dificuldades os profissionais médicos enfrentam na rede básica ao receberem pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa (pode ter mais de uma resposta):**

- Não há todos os exames necessários para investigar as causas da dor
- Morosidade do sistema de saúde para realizar exames que auxiliem os profissionais no diagnóstico
- Não há ambulatório especializado em dor crônica para encaminhar os pacientes
- Há deficiência de medicamentos específicos para tratar esses pacientes
- Há deficiência de profissionais especializados para encaminhar o paciente
- Não há capacitação em dor crônica para os profissionais da rede
- Inadequação da infraestrutura do SUS (rede de computadores, programas, agendamentos, cadastros, etc)
- Conhecimento insuficiente dos profissionais sobre dor crônica
- O sistema de contra referência não funciona
- A Rede Básica não está preparada/organizada para assistir integralmente os pacientes com dor crônica
- Não percebo dificuldades





**UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE**  
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**  
ANNA GENY BATALHA KIPEL (Doutoranda)  
PROF. DRA. SELMA CRISTINA FRANCO (Orientadora)

**QUESTIONÁRIO 2 - FARMACÊUTICOS**

---

**FORMAÇÃO**

**1) O(a) senhor(a) tem alguma especialidade?**

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**2) Onde o(a) senhor(a) atua?**

- Pronto Atendimento  
 Unidade Básica de Saúde  
 Unidade Básica Saúde da Família  
 Policlínica  
 Regional de Saúde  
 Farmácia Escola / Serviço Especializado

**3) Há quanto tempo exerce essa profissão?**

anos completos ou  meses (se menos que 12 meses)

**ÁREA TÉCNICA**

**4) Para o (a) senhor (a) o que é dor crônica?**

Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:

- Por mais de dois anos  
 Por mais de um ano  
 Por mais de 6 meses  
 Desconheço o conceito de dor crônica segundo a literatura especializada nesta área.

**5) O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre os medicamentos indicados para o tratamento da dor crônica (segundo a literatura científica) e suas possíveis associações?**

Não  Sim

**6) Com que frequência o(a) senhor(a) fornece opiáceos para pacientes com dor crônica de forte intensidade?**

- Toda a semana  Quinzenalmente  Mensalmente  
 Ocasionalmente  Nunca  Desconheço



## LEGISLAÇÃO/ SUS

**14) Atualmente as leis brasileiras e internacionais que normatizam a comercialização e o fornecimento de opiáceos estabelecem cotas/quantidade por país, estado etc?**

Sim       Não       Desconheço

Poderia esclarecer a respeito? \_\_\_\_\_

**15) A SMS estabelece cotas para a prescrição médica ou aos profissionais médicos para prescrição de opiáceos?**

Sim       Não       Desconheço

**16) A legislação regulamenta a especialidade médica que pode prescrever opiáceos e adjuvantes para uso contínuo?**

Sim       Não       Desconheço

**17) O SUS libera receituários para analgésicos opiáceos aos médicos da rede básica?**

Sim       Não       Desconheço

**18) O SUS exerce um controle sobre a quantidade de prescrições destinadas aos pacientes em uso contínuo de analgésicos opiáceos em domicílio?**

Sim       Não       Desconheço

**Agradeço sua colaboração**

**UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE**  
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**  
ANNA GENY BATALHA KIPEL (Doutoranda)  
PROF. DRA. SELMA CRISTINA FRANCO (Orientadora)

**QUESTIONÁRIO 3 - MÉDICOS ESPECIALISTAS**

---

**DADOS PESSOAIS**

- 1) Qual é a sua formação? Especialidade:
- 2) Há quanto tempo exerce a profissão?
- 3) Há quanto tempo o senhor atua no controle das dores crônicas?

**SOBRE A ORGANIZAÇÃO E SERVIÇOS DA CLÍNICA DA DOR**

- 4) O que é “Clínica da Dor”? - Qual é o perfil de pacientes atendidos e que podem ser beneficiados com esta abordagem terapêutica?
- 5) Há quanto tempo e onde a clínica da dor (ambulatório) atua pelo SUS em Joinville?
- 6) A clínica da dor (ambulatório) dispõe de uma infraestrutura adequada para atender a demanda de pacientes com dor crônica no SUS?
- 7) Qual é o papel da clínica da dor na assistência aos pacientes ambulatoriais do SUS?

**A visão de REDE para tratamento da dor crônica E AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

- 8) Como o senhor (a) percebe a organização do SUS com relação aos portadores de dores crônicas?
- 9) Em sua opinião, qual é o papel da atenção básica com relação a esses pacientes?
- 10) Em sua opinião, a rede de saúde (rede básica, PAs) está preparada para diagnosticar e assistir pacientes com dor crônica?
- 11) Em sua opinião quais são as dificuldades e os desafios da clínica da dor na atenção aos pacientes com dor crônica oriundos do SUS?
- 12) Que propostas o senhor (a) teria para organizar a assistência aos pacientes com dores crônicas no SUS?

**UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE**  
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**  
ANNA GENY BATALHA KIPEL (Doutoranda)  
PROF. DRA. SELMA CRISTINA FRANCO (Orientadora)

**PESQUISA - REDE DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM DOR CRÔNICA**

**QUESTIONÁRIO 4 - GESTOR/GERENTE**

---

- 1) Formação \_\_\_\_\_ Há quantos anos \_\_\_\_\_
- 2) Há quanto tempo trabalha na SMS? \_\_\_\_\_
- 3) Cargo ocupa \_\_\_\_\_ Há quanto tempo ocupa este cargo \_\_\_\_\_
- 4) A Secretaria de Saúde conhece a demanda nas UBS de pacientes com dor crônica- dores fortes e recorrentes? Tem algum levantamento, dados estatísticos?
- 5) Como o senhor (a) percebe a organização do SUS com relação aos portadores de dores crônicas?
- 6) Em sua opinião, qual é o papel da atenção básica com relação a esses pacientes?
- 7) Na sua opinião, a rede de saúde (não apenas a rede básica) está preparada para diagnosticar e assistir pacientes com dor crônica?
- 8) Quais são as dificuldades e os desafios na atenção aos pacientes com dor crônica na rede?
- 9) Que propostas o senhor (a) teria para organizar a atenção aos pacientes com dores crônicas?

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ANNA GENY BATALHA KIPEL, Enfermeira, aluna do curso de Doutorado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE, solicito sua participação voluntária na pesquisa sob minha coordenação intitulada “Dor crônica como um problema de saúde pública para ser enfrentado nas redes de atenção do sistema único de Saúde” que tem o objetivo identificar o conhecimento dos profissionais médicos, e farmacêuticos que atuam na rede básica de saúde e PAs sobre a dor crônica; Conhecer a visão dos gestores da atenção básica no município sobre a organização da atenção aos pacientes em dor crônica; conhecer a visão do especialista em dor sobre a assistência aos pacientes com dor crônica, considerando sua relevância nas ações do SUS. Esta pesquisa evidencia possíveis contribuições na rede básica de assistência do SUS por meio do diagnóstico de rede sobre dor crônica no município de Joinville/SC e apoiar ações de melhoria da assistência aos portadores de dor crônica realizado na rede pública de saúde no município de Joinville. Para isso, solicito que você responda ao questionário em seu local de trabalho. Comprometo-me a tomar todas as medidas necessárias para que os dados sejam tratados de forma sigilosa e anônima durante o andamento da pesquisa e fica garantido seu direito de se recusar a participar ou responder qualquer pergunta, sem que isso afete seu atendimento em seu trabalho. Os formulários dos profissionais médicos e farmacêuticos, e o material proveniente das entrevistas com os gestores e médico da dor serão guardados pela pesquisadora por 5 anos, picotados e destruídos após esse prazo. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito e/ou oralmente na Universidade, em congressos e revistas científicas. Em caso de dúvida, você poderá contatar a pesquisadora através do telefone 34365880 ou 99971002, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Univille no seguinte endereço: Rua Paulo Malschitzki, 10 - Campus Universitário – Bairro Zona Industrial – CEP: 89.219-710 Bloco B, sala B 31– Joinville – SC. Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_  
estou suficientemente informado(a) e concordo em participar como voluntário(a) da pesquisa descrita acima.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
Participante

ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
Pesquisadora doutoranda em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

## **APÊNDICE C – Consolidação dos resultados da pesquisa**



Tabela A1 - O(A) senhor(a) tem especialidade?

O(A) senhor(a) tem especialidade?	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Não	35	22	57	37,2%	44,0%	39,6%
( ) Sim	59	28	87	62,8%	56,0%	60,4%
<b>TOTAL</b>	94	50	144	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A2 - Qual especialidade? (somente os que indicaram terem especialização)

Numero de especialidades Médicas	Especialidades	Ubs	Pas	Total
1	1. Acupuntura	1	1	2
2	6. Cardiologia	1		1
3	10. Cirurgia do aparelho digestivo	1		1
4	11. Cirurgia geral		3	3
5	16. Clínica médica	9	8	17
6	18. Dermatologia	2		2
7	19. Endocrinologia e metabologia	1		1
8	23. Geriatria	2	1	3
9	24. Ginecologia e obstetrícia	3		3
10	26. Homeopatia	1		1
11	27. Infectologia	2	1	3
12	29. Medicina de emergência	2	4	6
13	30. Medicina de família e comunidade	30	1	31
14	31. Medicina do trabalho	7	7	14
15	32. Medicina de tráfego		1	1
16	33. Medicina esportiva		1	1
17	35. Medicina intensiva	1		1
18	39. Nefrologia	1	1	2
19	42. Nutrologia	1		1
20	44. Ortopedia e traumatologia		1	1
21	46. Patologia	1		1
22	48. Pediatria	1		1
23	50. Psiquiatria		3	3
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Tabela A3 – Número de especialidades por médico

	UBSs	Pas	total	UBSs %	PAs%	total%
1	42	21	63	71,2%	75,0%	72,4%
2	12	5	17	20,3%	17,9%	19,5%
3 ou mais	5	2	7	8,5%	7,1%	8,0%
Totais	59	28	87	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A4 - Onde o(a) senhor(a) atua?

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) PA	13	50	<b>63</b>	12,1%	80,6%	37,3%
( ) Unidade Básica	41	8	<b>49</b>	38,3%	12,9%	29,0%
( ) Unidade de Saúde da Família	53	4	<b>57</b>	49,5%	6,5%	33,7%
<b>TOTAL</b>	107	62	<b>169</b>	100,0%	100,0%	100,0%
TOTAL DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS	94	50	<b>144</b>			

Tabela A5 - Diferentes locais de trabalho assinalados

Quantidade de Opções Assinaladas	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
0	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
1	81	38	<b>119</b>	86,2%	76,0%	82,6%
2	13	12	<b>25</b>	13,8%	24,0%	17,4%
3	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Total de questionários respondidos	94	50	144	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A6 - Há quanto tempo exerce essa profissão? (MÉDIA)

	Quantidade		
	UBSs	PAs 24horas	Todos
( ) anos completos ou	13	9	<b>12</b>
( ) meses	0	1	<b>0</b>

Tabela A7 - Distribuição dos respondentes segundo o número de anos em que exerce a profissão? (Número De Respondentes)

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
0 anos	0	3	3	0,0%	6%	2%
1 a 5 anos	28	20	48	32%	42%	35%
6 a 10	17	11	28	19%	23%	21%
11 a 15	11	4	15	13%	8%	11%
16 a 20	12	4	16	14%	8%	12%
21 a 25	9	3	12	10%	6%	9%
26 a 30	7	2	9	8%	4%	7%
30 a 35	4	1	5	5%	2%	4%
Total de questionários respondidos	88	48	136	100%	100%	100%
questionários não respondidos	6	2	8			
Total de questionários	94	50	144	107%	104%	106%

Tabela A8 - O seu curso de formação profissional abordou o tema da dor crônica como disciplina específica?

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Não	67	36	103	72,8%	73,5%	73,0%
( ) Sim	25	13	38	27,2%	26,5%	27,0%
<b>TOTAL</b>	92	49	141	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A9 - O(A) senhor(a) já realizou curso de capacitação para cuidar/tratar pacientes com dor crônica?

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Não	61	43	104	65,6%	86,0%	72,7%
( ) Sim	32	7	39	34,4%	14,0%	27,3%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A10 - Onde o(a) senhor(a) realizou a capacitação?

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) SMS/ PROGESUS	14	2	16	40,0%	16,7%	34,0%
( ) Hospital Público	6	3	9	17,1%	25,0%	19,1%
( ) Hospital Privado	2	1	3	5,7%	8,3%	6,4%
( ) Instituição de ensino superior	13	4	17	37,1%	33,3%	36,2%
( ) Outro	8	3	11	22,9%	25,0%	23,4%
<b>TOTAL</b>	35	12	47	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A11 - Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Por mais de dois anos	0	2	2	0,0%	4,0%	1,4%
( ) Por mais de um ano	6	2	8	6,5%	4,0%	5,6%
( ) Por mais de 6 meses	76	39	115	82,6%	78,0%	81,0%
( ) Desconheço o conceito de dor crônica segundo a literatura especializada nesta área.	10	7	17	10,9%	14,0%	12,0%
<b>TOTAL</b>	92	50	142	100,0%	100,0%	100,0%

Citado na tabela 14 abaixo

Tabela A12 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:

	Quantidade			%		
	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
<b>Correta</b>	76	39	115	82,6%	78,0%	81,0%
Incorreta	6	4	10	6,5%	8,0%	7,0%
Desconhece	10	7	17	10,9%	14,0%	12,0%
<b>TOTAL</b>	92	50	142	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A13 - Com que frequência o(a) senhor(a) atende pacientes com dores fortes recorrentes (crônicas) aqui na unidade de saúde?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Toda a semana	77	44	121	82,8%	88,0%	84,6%
( ) Quinzenalmente	4	3	7	4,3%	6,0%	4,9%
( ) Mensalmente	6	0	6	6,5%	0,0%	4,2%
( ) Ocasionalmente	5	3	8	5,4%	6,0%	5,6%
( ) Nunca	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Desconheço	1	0	1	1,1%	0,0%	0,7%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A14 - Se a dor for suportável é melhor não medicar e investigar primeiro a causa da dor?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Sim	36	19	55	38,7%	38,0%	38,5%
( ) Não	56	31	87	60,2%	62,0%	60,8%
( ) Desconheço	1	0	1	1,1%	0,0%	0,7%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A15 - O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica?

	UBSs	PA 24horas	Todos	UBSs %	PA 24horas %	Todos %
( ) Sim	30	9	<b>39</b>	32,3%	18,0%	27,3%
( ) Não	63	41	<b>104</b>	67,7%	82,0%	72,7%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>50</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A16 - Nome do protocolo conforme relato

	UBSs	PA 24horas	Todos	10B) Nome do protocolo conforme relato	UBSs	PA 24horas	Todos
NÃO INFORMOU	12	4	<b>16</b>	NÃO INFORMOU	12	4	<b>16</b>
A diretriz assistencial de Albert Einstein	1	0	<b>1</b>	A diretriz assistencial de Albert Einstein	1	0	<b>1</b>
Artigo Scielo	1	0	<b>1</b>	Artigo Scielo	1	0	<b>1</b>
Cecil	1	0	<b>1</b>	Cecil	1	0	<b>1</b>
Clínica da Dor HSMJ	0	1	<b>1</b>	Clínica da Dor HSMJ	0	1	<b>1</b>
Consenso Brasileiro do Tratamento de Fibromialgia	1	0	<b>1</b>	Consenso Brasileiro do Tratamento de Fibromialgia	1	0	<b>1</b>
Cuidado paliativo - CREMESP - sessão dor	1	0	<b>1</b>	Cuidado paliativo - CREMESP - sessão dor	1	0	<b>1</b>
Cuidados Paliativos	0	1	<b>1</b>	Cuidados Paliativos	0	1	<b>1</b>
Escala Analógica	1	0	<b>1</b>	Escala Analógica	1	0	<b>1</b>
Escala analógica OMS	1	0	<b>1</b>	Escala analógica OMS	1	0	<b>1</b>
Escala de avaliação de intensidade da dor de 1-10 / caderno de atendimento ademandada espontanea na UBS	1	0	<b>1</b>	Escala de avaliação de intensidade da dor de 1-10 / caderno de atendimento ademandada espontanea na UBS	1	0	<b>1</b>
Guia para tratamento de dor em contexto de poucos recursos	1	0	<b>1</b>	Guia para tratamento de dor em contexto de poucos recursos	1	0	<b>1</b>
MS	1	0	<b>1</b>	MS	1	0	<b>1</b>
Não lembro o nome	1	0	<b>1</b>	Não lembro o nome	1	0	<b>1</b>
Não sei, não utilizo	1	0	<b>1</b>	Não sei, não utilizo	1	0	<b>1</b>
OMS	2	1	<b>3</b>	OMS	2	1	<b>3</b>
PCDT	0	1	<b>1</b>	PCDT	0	1	<b>1</b>
<b>Protocolo clínica e diretrizes terapêuticas dor crônica</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Protocolo clínica e diretrizes terapêuticas dor crônica</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Protocolo de dor de face e numérica	1	0	<b>1</b>	Protocolo de dor de face e numérica	1	0	<b>1</b>
SBA	0	1	<b>1</b>	SBA	0	1	<b>1</b>
Tratado de medicina da família	1	0	<b>1</b>	Tratado de medicina da família	1	0	<b>1</b>
Tratado de medicina da família e comunidade - capítulo dor crônica	1	0	<b>1</b>	Tratado de medicina da família e comunidade - capítulo dor crônica	1	0	<b>1</b>
<b>Total Geral</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>39</b>	<b>Total Geral</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>39</b>

Tabela A17- Nome do protocolo conforme relato (somente os que indicaram NÃO conhecer um protocolo) excluir

	UBSs	PAs 24horas	Todos
Escala de dor visual numérica	1	0	1
Total Geral	1	0	1

Tabela A18 - O(A) senhor(a) o utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Sim	23	8	31	25,3%	16,0%	22,0%
( ) Não	68	42	110	74,7%	84,0%	78,0%
<b>TOTAL</b>	91	50	141	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A19 – O(A) senhor(a) conhece algum método/escala/questionário validado para avaliar a dor?

	UBSs	PAs 24hora s	Todo s	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Sim	59	30	89	63,4%	60,0%	62,2%
( ) Não	34	20	54	36,6%	40,0%	37,8%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A20 - Nome conforme relatado (somente os que indicaram conhecer um questionário)

	UBSs	PAs 24horas	Todos
NÃO INFORMADO	25	10	35
001-10	0	1	1
0-10	2	1	3
Avaliação do paciente de 0a10	1	0	1
Dor 0-10	0	1	1
EAD	0	1	1
EMEDOR, Escala Numérica	1	0	1
Escala 0-10	0	1	1
Escala analógica da dor	0	1	1
Escala analógica visual da dor	1	0	1
Escala da dor com notas de 1 a 10; Escala da dor com faces da dor	0	1	1
Escala das cores e notas	1	0	1
Escala de avaliação de intensidade da dor de 1-10	1	0	1
Escala de Cores	0	1	1
Escala de Dor (Manchester)	1	0	1
Escala de Intensidade da Dor d-10	1	0	1
Escala multidimensional de avaliação da dor (EMADOR)	1	0	1

	UBSs	PAs 24horas	Todos
Escala Numérica	1	0	1
Escala numérica / Régua dor	0	1	1
Escala numérica 1-10	0	1	1
Escala numérica analógica	1	0	1
Escala Numérica da dor	0	1	1
Escala Numérica e Analógica Visual	1	0	1
Escala numérica e visual da dor	1	0	1
Escala Numérica OMS	1	0	1
Escala Numérica/ escala de faces	2	0	2
Escala visual	0	1	1
Escala visual analógica (EVA)	1	0	1
Escala Visual da Dor	1	0	1
Escala visual de dor	0	1	1
Escala visual e numérica	0	1	1
Escala visual numérica	1	0	1
Escala Visual, Escala Cor,	0	1	1
EVA	4	2	6
EVA, Escala Numérica, Escala de Faces	1	0	1
EVA, LANSS	2	0	2
MCGILL	1	0	1
Não lembro os nomes	1	0	1
Numérica	2	0	2
Numérica, visuais analógicas, verbal, faces	1	0	1
PCDT	0	1	1
Protocolo de Manchester	0	1	1
Reavaliação Clínica Sistmática	1	0	1
Régua da dor	1	0	1
Subjetivo; Objetivo 0-10; Referido	0	1	1
<b>Total Geral</b>	<b>59</b>	<b>30</b>	<b>89</b>

Tabela A21 - Nome conforme relatado (somente os que NÃO indicaram conhecer um questionário)

	UBSs	PAs 24horas	Todos
Sei que existe, mas não nomeio	1	0	1
<b>Total Geral</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Tabela A22 – O(A) senhor(a) utiliza este método/ escala/questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
( ) Sim	41	23	<b>64</b>	46,6%	46,9%	46,7%
( ) Não	42	26	<b>68</b>	47,7%	53,1%	49,6%
( ) Outros	5	0	<b>5</b>	5,7%	0,0%	3,6%
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>49</b>	<b>137</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A23 - Com relação ao uso de opióides no tratamento da dor crônica, qual(ais) alternativa(s) representa(m) a sua realidade profissional: (MAIS DE UMA OPÇÃO PODE SER MARCADA)

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
( ) Tenho receio de reações ou efeitos colaterais indesejáveis da medicação	16	1	<b>17</b>	18,2%	2,0%	12,2%
( ) Não tenho conhecimento suficiente para prescrever opióides para uso crônico (contínuo)	6	1	<b>7</b>	6,8%	2,0%	5,0%
( ) Tenho dificuldades em avaliar pacientes com queixas de dor crônica	7	2	<b>9</b>	8,0%	3,9%	6,5%
( ) Não tenho receituário para medicamentos controlados	8	6	<b>14</b>	9,1%	11,8%	10,1%
( ) O sistema de saúde impõe restrições burocráticas à aquisição de receituário para prescrição de opióides	18	14	<b>32</b>	20,5%	27,5%	23,0%
( ) Tenho receio que o paciente torne-se viciado em analgésicos opióides se utilizá-los cronicamente (continuamente).	20	23	<b>43</b>	22,7%	45,1%	30,9%
( ) outra resposta	11	2	<b>13</b>	12,5%	3,9%	9,4%
( ) Desconheço o tratamento da dor crônica	2	2	<b>4</b>	2,3%	3,9%	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>51</b>	<b>139</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A24 - Qual (ais) medicamento (s) opióides o(a) senhor(a) considera como boa (s) opção(ões) para tratar a dor crônica de forte intensidade, segundo literatura científica?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
( ) Codeína	67	28	<b>95</b>	30,6%	28,6%	30,0%
( ) Petidina	6	1	<b>7</b>	2,7%	1,0%	2,2%
( ) Tramadol	60	27	<b>87</b>	27,4%	27,6%	27,4%
( ) Cloridrato de Morfina	48	23	<b>71</b>	21,9%	23,5%	22,4%
( ) Metadona	37	17	<b>54</b>	16,9%	17,3%	17,0%
( ) Desconheço	1	2	<b>3</b>	0,5%	2,0%	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>219</b>	<b>98</b>	<b>317</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



Tabela A25 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Qual (ais) medicamento (s) opióides o(a) senhor(a) considera como boa (s) opção(ões) para tratar a dor crônica de forte intensidade, segundo literatura científica?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
<b>Correta</b> (preenchimento apenas das opções 4 <sup>a</sup> e 5 <sup>a</sup> )	9	5	<b>14</b>	9,7%	10,2%	9,9%
Parcialmente correto (preenchimento apenas das opções 4 <sup>a</sup> ou 5 <sup>a</sup> )	9	9	<b>18</b>	9,7%	18,4%	12,7%
Incorreta (preenchimento das opções 1, 2 ou 3 <sup>a</sup> )	74	33	<b>107</b>	79,6%	67,3%	75,4%
Desconheço	1	2	<b>3</b>	1,1%	4,1%	2,1%
<b>Total de questionários respondidos</b>	93	49	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%
Total de questionários respondidos	93	49	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A26 - Quando a dor é muito intensa, o(a) senhor(a) considera a associação de dois opióides uma boa opção para controlá-la?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
( ) Sim	15	13	<b>28</b>	16,1%	26,0%	19,6%
( ) Não	62	29	<b>91</b>	66,7%	58,0%	63,6%
( ) Desconheço	16	8	<b>24</b>	17,2%	16,0%	16,8%
<b>TOTAL</b>	93	50	<b>143</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A27 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Quando a dor é muito intensa, o(a) senhor(a) considera a associação de dois opióides uma boa opção para controlá-la?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
<b>Correta</b>	62	29	<b>91</b>	66,7%	58,0%	63,6%
Incorreta	15	13	<b>28</b>	16,1%	26,0%	19,6%
Desconhece	16	8	<b>24</b>	17,2%	16,0%	16,8%
<b>TOTAL</b>	93	50	<b>143</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A28 - Na sua opinião, as palavras “dependência física” e “vício” são sinônimas quando relacionadas ao uso de opióides na dor crônica?

	UBSs	PAs 24h oras	Todo s	UBSs %	PAs 24h oras %	Todos %
( ) Sim	13	12	<b>25</b>	14,1%	24,0%	17,6%
( ) Não	71	34	<b>105</b>	77,2%	68,0%	73,9%
( ) Desconheço	8	4	<b>12</b>	8,7%	8,0%	8,5%
<b>TOTAL</b>	92	50	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A29 – CORREÇÃO DA RESPOSTA: Na sua opinião, as palavras “dependência física” e “vício” são sinônimas quando relacionadas ao uso de opóides na dor crônica?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
<b>Correta</b>	71	34	<b>105</b>	77,2%	68,0%	73,9%
Incorreta	13	12	<b>25</b>	14,1%	24,0%	17,6%
Desconhece	8	4	<b>12</b>	8,7%	8,0%	8,5%
<b>TOTAL</b>	92	50	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A30 - Sobre o limiar e a percepção da dor, assinale as alternativas corretas:

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) O limiar de dor depende somente da evolução e/ ou etiologia da doença	12	4	<b>16</b>	4,1%	2,8%	3,7%
( ) Fatores culturais podem alterar a percepção da dor	61	30	<b>91</b>	20,9%	21,3%	21,0%
( ) Fatores emocionais podem alterar o limiar da dor	85	39	<b>124</b>	29,1%	27,7%	28,6%
( ) A religiosidade pode interferir na percepção de dor	51	24	<b>75</b>	17,5%	17,0%	17,3%
( ) Características individuais da personalidade dos pacientes podem interferir no limiar de dor	83	44	<b>127</b>	28,4%	31,2%	29,3%
( ) Desconheço os fatores que podem interferir no limiar e na percepção da dor	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	292	141	<b>433</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A31 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Sobre o limiar e a percepção da dor, assinale as alternativas corretas

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
Correto (todas opções exceto a primeira)	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Parcialmente correto	81	45	<b>126</b>	87,1%	91,8%	88,7%
Incorreto	12	4	<b>16</b>	12,9%	8,2%	11,3%
Desconheço	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total de questionários respondidos</b>	93	49	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%
Total de questionários respondidos	93	49	<b>142</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A32 - Com relação à assistência farmacêutica aos pacientes ambulatoriais que fazem uso de medicamentos no domicílio, assinale o local onde os medicamentos abaixo são fornecidos: (MAIS DE UMA OPÇÃO PODE SER MARCADA)

		UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
19.a. Opióides	( ) Rede Básica	69	21	<b>90</b>	59,0%	35,6%	51,1%
	( ) Farmácia escola	22	14	<b>36</b>	18,8%	23,7%	20,5%
	( ) PAs	15	18	<b>33</b>	12,8%	30,5%	18,8%
	( ) Desconheço	11	6	<b>17</b>	9,4%	10,2%	9,7%
	<b>TOTAL DE OPÇÕES MARCADAS</b>	117	59	<b>176</b>	100,0%	100,0%	100,0%
19.b Anti-depressivos	( ) Rede Básica	87	39	<b>126</b>	77,7%	70,9%	75,4%
	( ) Farmácia escola	18	12	<b>30</b>	16,1%	21,8%	18,0%
	( ) PAs	6	2	<b>8</b>	5,4%	3,6%	4,8%
	( ) Desconheço	1	2	<b>3</b>	0,9%	3,6%	1,8%
	<b>TOTAL DE OPÇÕES MARCADAS</b>	112	55	<b>167</b>	100,0%	100,0%	100,0%
19.c Anti-convulsivantes	( ) Rede Básica	86	39	<b>125</b>	74,8%	62,9%	70,6%
	( ) Farmácia escola	21	12	<b>33</b>	18,3%	19,4%	18,6%
	( ) PAs	7	9	<b>16</b>	6,1%	14,5%	9,0%
	( ) Desconheço	1	2	<b>3</b>	0,9%	3,2%	1,7%
	<b>TOTAL DE OPÇÕES MARCADAS</b>	115	62	<b>177</b>	100,0%	100,0%	100,0%
19.d Anti-inflamatórios	( ) Rede Básica	93	43	<b>136</b>	76,2%	52,4%	66,7%
	( ) Farmácia escola	7	6	<b>13</b>	5,7%	7,3%	6,4%
	( ) PAs	21	31	<b>52</b>	17,2%	37,8%	25,5%
	( ) Desconheço	1	2	<b>3</b>	0,8%	2,4%	1,5%
	<b>TOTAL DE OPÇÕES MARCADAS</b>	122	82	<b>204</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A33 - Quais medicamentos listados abaixo são disponibilizados atualmente no SUS para tratar pacientes com dor crônica em domicílio? (MAIS DE UMA OPÇÃO PODE SER MARCADA)

		UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( )	Tramadol	12	15	<b>27</b>	4,5%	8,8%	6,2%
( )	Fentanil	3	4	<b>7</b>	1,1%	2,4%	1,6%
( )	Petidina	1	1	<b>2</b>	0,4%	0,6%	0,5%
( )	Morfina	14	22	<b>36</b>	5,2%	12,9%	8,2%
( )	Codeína	90	37	<b>127</b>	33,6%	21,8%	29,0%
( )	Metadona	11	10	<b>21</b>	4,1%	5,9%	4,8%
( )	Gabapentina	23	12	<b>35</b>	8,6%	7,1%	8,0%
( )	Amitriptilina	90	33	<b>123</b>	33,6%	19,4%	28,1%
( )	Diazepam	18	23	<b>41</b>	6,7%	13,5%	9,4%
( )	Outros	4	3	<b>7</b>	1,5%	1,8%	1,6%
( )	Desconheço	2	10	<b>12</b>	0,7%	5,9%	2,7%
	<b>TOTAL DE OPÇÕES MARCADAS</b>	268	170	<b>438</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A34 - Seu local de trabalho instituiu algum protocolo destinado ao controle da dor em pacientes que procuram os serviços do SUS?

		UBSs	PA s 24h oras	Todos	UBSs %	PA s 24h oras %	Todos %
21.a Protocolo para Avaliação da Dor:	( ) Sim	5	10	<b>15</b>	5,4%	20,8%	10,6%
	( ) Não	71	30	<b>101</b>	76,3%	62,5%	71,6%
	( ) Desconheço	17	8	<b>25</b>	18,3%	16,7%	17,7%
	<b>TOTAL</b>	93	48	<b>141</b>	100,0%	100,0%	100,0%
21.b Protocolo para Tratamento da Dor:	( ) Sim	2	1	<b>3</b>	2,2%	2,1%	2,1%
	( ) Não	72	37	<b>109</b>	77,4%	78,7%	77,9%
	( ) Desconheço	19	9	<b>28</b>	20,4%	19,1%	20,0%
	<b>TOTAL</b>	93	47	<b>140</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A35 - Na sua opinião, que profissionais seriam necessários para conduzir o tratamento da dor crônica?

	UBSs	PA s 24h oras	Todos	UBSs %	PA s 24h oras %	Todos %
( ) Médicos especialistas em dor	74	43	<b>117</b>	16,2%	19,7%	17,3%
( ) Médicos especialistas	45	21	<b>66</b>	9,8%	9,6%	9,8%
( ) Médicos Psiquiatras	36	22	<b>58</b>	7,9%	10,1%	8,6%
( ) Psicólogos	63	30	<b>93</b>	13,8%	13,8%	13,8%
( ) Fisioterapeutas	68	31	<b>99</b>	14,9%	14,2%	14,7%
( ) Terapeutas ocupacionais	58	20	<b>78</b>	12,7%	9,2%	11,6%
( ) Enfermeiros	48	22	<b>70</b>	10,5%	10,1%	10,4%
( ) Profissionais que trabalham com terapias alternativas (acupuntura etc)	62	28	<b>90</b>	13,6%	12,8%	13,3%
( ) Outros	3	1	<b>4</b>	0,7%	0,5%	0,6%
<b>TOTAL</b>	457	218	<b>675</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A36 - Nos serviços do SUS, quem deve diagnosticar a dor crônica, em sua opinião?

	UBSs	PA s 24h oras	Todos	UBSs %	PA s 24h oras %	Todos %
( ) Todos os médicos	87	48	<b>135</b>	92,6%	96,0%	93,8%
( ) Somente os médicos especialistas	3	0	<b>3</b>	3,2%	0,0%	2,1%
( ) Somente os médicos especialistas em dor crônica	4	2	<b>6</b>	4,3%	4,0%	4,2%
( ) Desconheço	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	94	50	<b>144</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A37 - Em sua opinião, qual é o papel da rede básica na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Apenas acolher o paciente e tratar a dor com os analgésicos disponíveis	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Acolher o paciente, investigar e diagnosticar	16	11	27	17,4%	23,9%	19,6%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista	38	19	57	41,3%	41,3%	41,3%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista em dor	21	15	36	22,8%	32,6%	26,1%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor, diagnosticar e tratar a dor	68	27	95	73,9%	58,7%	68,8%
( ) Não é o papel da rede básica tratar dor crônica	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Desconheço o papel da atenção básica nesta área	0	4	4	0,0%	8,7%	2,9%
<b>TOTAL</b>	92	46	138	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A38 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Em sua opinião, qual é o papel da rede básica na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
Correto (apenas 4ª e 5ª opções)	5	1	6	5,4%	2,2%	4,3%
Parcialmente correto (apenas 4ª ou 5ª opções)	42	16	58	45,7%	34,8%	42,0%
Incorreto (1ª, 2ª, 3ª ou 6ª opção assinalada)	45	25	70	48,9%	54,3%	50,7%
Desconheço	0	4	4	0,0%	8,7%	2,9%
<b>Total de questionários respondidos</b>	92	46	138	100,0%	100,0%	100,0%
Total de questionários respondidos	92	46	138	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A39 - Em sua opinião, qual é o papel dos PAs na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Apenas acolher o paciente e tratar a dor com os analgésicos disponíveis	38	25	63	40,4%	50,0%	43,8%
( ) Acolher o paciente, investigar e diagnosticar	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista	0	2	2	0,0%	4,0%	1,4%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor e encaminhá-lo para um especialista em dor	2	3	5	2,1%	6,0%	3,5%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa dor, medicar no PA, encaminhá-lo a rede básica	45	24	69	47,9%	48,0%	47,9%
( ) Acolher o paciente, investigar a causa da dor, diagnosticar e tratar a dor	4	4	8	4,3%	8,0%	5,6%
( ) Não é o papel do PA tratar dor crônica	24	11	35	25,5%	22,0%	24,3%
( ) Desconheço o papel do PA nesta área	0	1	1	0,0%	2,0%	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>50</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A40 -CORREÇÃO DA RESPOSTA: Em sua opinião, qual é o papel dos PAs na assistência aos pacientes com queixas recorrentes de dores fortes e prolongadas, crônicas (pode escolher mais de uma alternativa)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
Correto (apenas 5ª opção)	34	15	49	36,2%	30,0%	34,0%
Incorreto (1ª, 2ª, 3ª, 4ª ou 6ª opção assinalada)	60	34	94	63,8%	68,0%	65,3%
Desconheço	0	1	1	0,0%	2,0%	0,7%
<b>Total de questionários respondidos</b>	<b>94</b>	<b>50</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Total de questionários respondidos	94	50	144	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A41 - Em sua opinião, que dificuldades os profissionais médicos enfrentam na rede básica ao receberem pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa (pode ter mais de uma resposta)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Não há todos os exames necessários para investigar as causas da dor	60	26	<b>86</b>	64,5%	52,0%	60,1%
( ) Morosidade do sistema de saúde para realizar exames que auxiliem os profissionais no diagnóstico	68	34	<b>102</b>	73,1%	68,0%	71,3%
( ) Não há ambulatório especializado em dor crônica para encaminhar os pacientes	33	15	<b>48</b>	35,5%	30,0%	33,6%
( ) Há deficiência de medicamentos específicos para tratar esses pacientes	46	20	<b>66</b>	49,5%	40,0%	46,2%
( ) Há deficiência de profissionais especializados para encaminhar o paciente	34	24	<b>58</b>	36,6%	48,0%	40,6%
( ) Não há capacitação em dor crônica para os profissionais da rede	69	31	<b>100</b>	74,2%	62,0%	69,9%
( ) Inadequação da infraestrutura do SUS (rede de computadores, programas, agendamentos, cadastros, etc)	21	14	<b>35</b>	22,6%	28,0%	24,5%
( ) Conhecimento insuficiente dos profissionais sobre dor crônica	53	27	<b>80</b>	57,0%	54,0%	55,9%
( ) O sistema de contra referência não funciona	48	16	<b>64</b>	51,6%	32,0%	44,8%
( ) A Rede Básica não está preparada/organizada para assistir integralmente os pacientes com dor crônica	51	30	<b>81</b>	54,8%	60,0%	56,6%
( ) Não percebo dificuldades	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Desconheço	0	1	<b>1</b>	0,0%	2,0%	0,7%
<b>TOTAL</b>	93	50	<b>143</b>	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A42 - CORREÇÃO DA RESPOSTA: Em sua opinião, que dificuldades os profissionais médicos enfrentam na rede básica ao receberem pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa (pode ter mais de uma resposta)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
<b>Correta</b> (assinalado todas as opções, exceto as duas últimas)	3	3	<b>6</b>	3,2%	6,1%	4,2%
Parcialmente correto (assinalado alguma opção, exceto as duas últimas)	90	46	<b>136</b>	96,8%	93,9%	95,8%
Incorreta (assinalada a penúltima opção: 'não percebo dificuldades')	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Desconheço	0	1	<b>1</b>	0,0%	2,0%	0,7%
<b>Total de questionários respondidos</b>	93	50	<b>143</b>	100,0%	102,0%	100,7%
Total de questionários respondidos	93	50	<b>143</b>	100,0%	102,0%	100,7%

Tabela A43 - QUANTIDADE DE OPÇÕES ASSINALADAS: Em sua opinião, que dificuldades os profissionais médicos enfrentam na rede básica ao receberem pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa (pode ter mais de uma resposta)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
1	7	9	16	7,5%	18,0%	11,2%
2	7	2	9	7,5%	4,0%	6,3%
3	10	9	19	10,8%	18,0%	13,3%
4	14	4	18	15,1%	8,0%	12,6%
5	12	6	18	12,9%	12,0%	12,6%
6	15	7	22	16,1%	14,0%	15,4%
7	10	2	12	10,8%	4,0%	8,4%
8	9	6	15	9,7%	12,0%	10,5%
9	6	2	8	6,5%	4,0%	5,6%
10	3	3	6	3,2%	6,0%	4,2%
11	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
12	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A44 - QUANTIDADE DE OPÇÕES ASSINALADAS NAS RESPOSTAS PARCIALMENTES CORRETAS: Em sua opinião, que dificuldades os profissionais médicos enfrentam na rede básica ao receberem pacientes com dores prolongadas de difícil diagnóstico ou causa (pode ter mais de uma resposta)

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
0	3	4	7	0,0%	0,0%	0,0%
1	7	8	15	7,5%	18,0%	11,2%
2	7	2	9	7,5%	4,0%	6,3%
3	10	9	19	10,8%	18,0%	13,3%
4	14	4	18	15,1%	8,0%	12,6%
5	12	6	18	12,9%	12,0%	12,6%
6	15	7	22	16,1%	14,0%	15,4%
7	10	2	12	10,8%	4,0%	8,4%
8	9	6	15	9,7%	12,0%	10,5%
9	6	2	8	6,5%	4,0%	5,6%
10	0	0	0	3,2%	6,0%	4,2%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%



Tabela A45 – Na sua visão, que ações poderiam contribuir para a organização da rede assistencial no tratamento aos pacientes com dor crônica?

	Uns	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Ter centros especializados para o tratamento da dor como referência	50	38	<b>88</b>	53,8%	76,0%	61,5%
( ) Capacitar os profissionais da rede básica para tratar o paciente com dor crônica	74	39	<b>113</b>	79,6%	78,0%	79,0%
( ) Capacitar os profissionais dos PAs para tratar o paciente com dor crônica	22	20	<b>42</b>	23,7%	40,0%	29,4%
( ) Formular políticas públicas específicas voltadas os pacientes com dor crônica	40	24	<b>64</b>	43,0%	48,0%	44,8%
( ) Abordar o tema no Programa de Atenção Domiciliar	33	21	<b>54</b>	35,5%	42,0%	37,8%
( ) Estruturar/organizar o tratamento multiprofissional	73	35	<b>108</b>	78,5%	70,0%	75,5%
( ) Melhorar a rede de comunicação interna (intranet) e externa (contra referência)	43	20	<b>63</b>	46,2%	40,0%	44,1%
( ) Desconheço	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
( ) Outros	1	0	<b>1</b>	1,1%	0,0%	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>50</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A46 - QUANTIDADE DE OPÇÕES ASSINALADAS: Na sua visão, que ações poderiam contribuir para a organização da rede assistencial no tratamento aos pacientes com dor crônica

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
0	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
1	14	10	<b>24</b>	15,1%	20,0%	16,8%
2	13	8	<b>21</b>	14,0%	16,0%	14,7%
3	17	3	<b>20</b>	18,3%	6,0%	14,0%
4	19	9	<b>28</b>	20,4%	18,0%	19,6%
5	18	5	<b>23</b>	19,4%	10,0%	16,1%
6	5	4	<b>9</b>	5,4%	8,0%	6,3%
7	7	11	<b>18</b>	7,5%	22,0%	12,6%
8	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
9	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
10	0	0	<b>0</b>	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>50</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabela A47 – QUANTIDADE DE OPÇÕES ASSINALADAS NAS RESPOSTAS PARCIALMENTE CORRETAS: Na sua visão, que ações poderiam contribuir para a organização da rede assistencial no tratamento aos pacientes com dor crônica?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
1	14	10	24	15,1%	20,0%	16,8%
2	13	8	21	14,0%	16,0%	14,7%
3	17	3	20	18,3%	6,0%	14,0%
4	19	9	28	20,4%	18,0%	19,6%
5	18	5	23	19,4%	10,0%	16,1%
6	5	4	9	5,4%	8,0%	6,3%
7	7	11	18	7,5%	22,0%	12,6%
8	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%
TOTAL	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A48 – O(A) senhor(a) conhece algum serviço médico especializado para tratar a dor crônica em Joinville?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Não	41	25	66	44,6%	50,0%	46,5%
( ) Sim	51	25	76	55,4%	50,0%	53,5%
<b>TOTAL</b>	92	50	142	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela A49 - Os pacientes com dor crônica que foram encaminhados ao especialista retornam à rede básica (UB, PSF) com o relato do especialista (contra referência) para serem acompanhados também pelo clínico geral?

	UBSs	PAs 24horas	Todos	UBSs %	PAs 24horas %	Todos %
( ) Sim	8	4	12	8,6%	8,0%	8,4%
( ) Não	44	5	49	47,3%	10,0%	34,3%
( ) Raramente	23	9	32	24,7%	18,0%	22,4%
( ) Frequentemente	3	3	6	3,2%	6,0%	4,2%
( ) Desconheço	15	29	44	16,1%	58,0%	30,8%
<b>TOTAL</b>	93	50	143	100,0%	100,0%	100,0%

**APÊNDICE D - Apresentação das tabelas referentes aos testes de  
qui-quadrado e Spierman considerando n.127**

Tabela B1 - Capacitação específica em dor crônica e correção do conceito de dor crônica (cruzamento da questão 04 e 07)

		7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:		
		Por +6 meses	Outras	Total
4) O seu curso de formação profissional abordou o tema da dor crônica como disciplina específica?	Sim	27	8	<b>35</b>
	Não	74	18	<b>92</b>
	<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>26</b>	<b>127</b>

Resultado do Teste:  
Valor-p: 0,681

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo Tese Qui-Quadrado verificou-se que **não** existe diferença significativa entre as variáveis analisadas (4x7).

Tabela B2 - Capacitação específica em dor crônica e correção do conceito de dor crônica (cruzamento da questão 05 e 07)

		7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:		
		Por +6 meses	Outras	Total
5) O(A) senhor(a) já realizou curso de capacitação para cuidar/tratar pacientes com dor crônica?	Sim	29	7	<b>36</b>
	Não	72	19	<b>91</b>
	<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>26</b>	<b>127</b>

Resultado do Teste:  
Valor-p: 0,857

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo Tese Qui-Quadrado verificou-se que **não** existe diferença significativa entre as variáveis analisadas (5x7).

Tabela B3 - Correção do conceito de dor crônica e conduta frente a dor crônica suportável (cruzamento da questão 07 e 09)

		7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:		
		Por +6 meses	Outras	Total
9) Se a dor for suportável é melhor não medicar e investigar primeiro a causa da dor?	Sim	36	11	<b>47</b>
	Não	65	15	<b>80</b>
	<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>26</b>	<b>127</b>

a) Resultado do Teste:  
Valor-p: 0,530

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo Tese Qui-Quadrado verificou-se que **não** existe diferença significativa entre as variáveis analisadas (9x7).

Tabela B4 - Conhecimento e aplicação de protocolo de tratamento da dor crônica (cruzamento da questão 10 e 11)

		11) O(A) senhor(a) utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?		
		Sim	Não	Total
10) O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica?	Sim	25	10	<b>35</b>
	Não	4	88	<b>92</b>
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>98</b>	<b>127</b>

Resultado do Teste:

Valor-p: 0,000

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo Teste Qui-Quadrado verificou-se que existe diferença significativa entre as variáveis analisadas (10x11).

Tabela B5 - Conhecimento e aplicação de método de avaliação da dor (cruzamento da questão 12 e 13)

		13) O(A) senhor(a) utiliza este método/ escala/questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes?		
		Sim	Não	Total
12) O(A) senhor(a) conhece algum método/ escala/ questionário validado para avaliar a dor?	Sim	57	25	<b>82</b>
	Não	1	44	<b>45</b>
	<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>69</b>	<b>127</b>

Resultado do Teste:

Valor-p: 0,000

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo Teste Qui-Quadrado verificou-se que existe diferença significativa entre as variáveis analisadas (12x13).

Tabela B6 – 7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:

	VALORES OBTIDOS			VALORES ESPERADOS			QUI QUADRADO		Total	
	por mais de seis meses	outras respostas	Total	por mais de seis meses	outras respostas	Total	por mais de seis meses	outras respostas		
4) O seu curso de formação profissional abordou o tema da dor crônica como disciplina específica?	Sim	27	8	35	Sim	27,8	7,2	35	0,063995033	0,015629056
	Não	74	18	92	Não	73,2	18,8	92	0,001530611	0,094574599
	<b>Total</b>	101	26	127	<b>Total</b>	101	26	127		

teste qui quadrado 0,175729299

p= 0,68121781

diferença entre as amostras não é significativa para p=0,05

A tabela apresenta o cruzamento da questão 4 que indaga sobre a abordagem do tema da dor crônica com disciplina específica no curso de formação profissional, com a questão 7 que indaga sobre a definição de dor crônica. Evidencia-se que dos 127 participantes, 101 definem o conceito de dor crônica de acordo com literatura científica especializada. Entre os 101 participantes que encontram-se em consonância com a definição em literatura científica especializada, 27 (*qui-quadrado*=0,063995033) afirmam que este tema foi abordado nos cursos como disciplina específica no curso de formação profissional e 74 (*qui-quadrado*=0,001530611) deles referem que este tema não foi abordado como disciplina.

Os resultados deste cruzamento de dados demonstram estatisticamente que não houve diferença significativa entre as amostras para *valor-p* =0,05, considerando o resultado do teste de qui-quadrado total =0,175729299 e *valor-p* =0,68121781.

Tabela B6 - Capacitação específica em dor crônica e correção do conceito de dor crônica (cruzamento da questão 05 e 07)

7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:

		VALORES OBTIDOS			VALORES ESPERADOS			QUI QUADRADO			
		por mais de seis meses	outras respostas	Total		por mais de seis meses	outras respostas	Total	por mais de seis meses	outras respostas	Total
5) O(A) senhor(a) já realizou curso de capacitação para cuidar/tratar pacientes com dor crônica?	SIM	29	7	36	SIM	28,6	7,4	36	0,000589577	0,1027176 29	
	NÃO	72	19	91	NÃO	72,4	18,6	91	0,010460635	0,0009060 44	
	<b>Total</b>	101	26	127	<b>Total</b>	101	26	127			0,114674

teste qui quadrado 0,114673885

p= 0,856693743

diferença entre as amostras não é significativa para p=0,05

Nesta tabela 58 demonstra-se a relação dos resultados referentes aos participantes que possuem ou não capacitação para tratar pacientes com dor crônica e o conhecimento deles sobre a definição de dor crônica segundo literatura científica especializada (SBED, 2016). Constatou-se que dos 127 participantes que responderam as duas perguntas, 101 deles responderam de acordo com o preconizado em literatura científica. Entre os 101 respondentes, 29 (qui-quadrado=0,000589577) deles realizaram capacitação em dor crônica e surpreendentemente 72 (qui-quadrado=0,010460635) não se capacitaram neste tema.

Os resultados deste cruzamento de dados demonstram estatisticamente que não houve diferença significativa entre as amostras para *valor-p* =0,05, considerando o resultado do teste de qui-quadrado total =0,114673885 e *valor-p* =0,856693743.

Tabela B7 - Correção do conceito de dor crônica e conduta frente a dor crônica suportável (cruzamento da questão 07 e 09)

9) Se a dor for suportável é melhor não medicar e investigar primeiro a causa da dor?											
VALORES OBTIDOS					VALORES ESPERADOS			QUI QUADRADO			
		NÃO (medicar enquanto investiga)	SIM	Total		NÃO (medicar enquanto investiga)	SIM	Total	NÃO (medicar enquanto investiga)	SIM	Total
7) Para você o que é dor crônica? Uma experiência sensorial e emocional subjetiva e pessoal desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos e persiste ou recorre:	por mais de seis meses	65	36	101	por mais de seis meses	63,6	37,4	101	0,012115313	0,094352587	
	outras respostas	15	11	26	outras respostas	16,4	9,6	26	0,215332564	0,080107801	
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>127</b>	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>127</b>			<b>0,401908</b>

teste qui quadrado 0,401908265  
 p= 0,530251151  
 diferença entre as amostras não é significativa para p=0,05

A tabela 59 apresenta o cruzamento das respostas da questão 7, que aborda o conceito de dor crônica segundo literatura científica, com as respostas da questão 9, que indaga se é melhor investigar a causa da dor antes de medicar o paciente, caso esta dor seja suportável. O intuito deste cruzamento é relacionar o conhecimento dos participantes a respeito do conceito de dor crônica encontrado na literatura científica especializada, com as práticas no atendimento ao paciente com dor na rede básica de saúde e nos PAs. Dos 127 participantes que responderam, 101 definem a dor crônica tendo como marco de referência seis meses (SBED,2016). Surpreendentemente 36 (qui-quadrado=0,094352587) destes participantes (aproximadamente 35,5%) embora definam a dor crônica por mais de seis meses referem não medicar o paciente enquanto investigam a causa da dor contrapondo-se as recomendações da literatura científica especializada (REFERENCIA). Os outros 65 (qui-quadrado=0,012115313) participantes que definem dor crônica por mais de seis meses medicam os pacientes enquanto investigam a causa da dor.

Os resultados deste cruzamento de dados demonstram estatisticamente que não houve diferença significativa entre as amostras para *valor-p* =0,05, considerando o resultado do teste de qui-quadrado total =0,401908265 e *valor-p* =0,530251151. Entende-se que neste grupo de participantes, não evidencia-se diferença entre o conhecimento sobre o conceito de dor crônica e a conduta terapêutica recomendada em literatura (REFERENCIA).



Tabela B8 - Conhecimento e aplicação de protocolo de tratamento da dor crônica

11) O(A) senhor(a) utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?											
	VALORES OBTIDOS				VALORES ESPERADOS				QUI QUADRADO		
		SIM	NÃO	Total		SIM	NÃO	Total	SIM	NÃO	Total
10) O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica?	SIM	25	10	35	SIM	8,0	27,0	35	34,0972984	11,34949209	
	NÃO	4	88	92	NÃO	21,0	71,0	92	14,59098871	3,838593376	
	<b>Total</b>	29	98	127	<b>Total</b>	29	98	127			63,87637

teste qui quadrado 63,87637257 p= 8,50843E-16 diferença entre as amostras é altamente significativa (p<0,01)

A tabela acima apresentada relaciona estatisticamente pelo teste qui-quadrado o conhecimento dos profissionais a respeito de algum guia ou protocolo de tratamento de dor crônica cientificamente reconhecido com a utilização desses guias e protocolos recomendados em sua prática profissional. Os resultados indicam que 127 respondentes, apenas 25 (qui-quadrado=34,0972984) conhecem e utilizam algum guia ou protocolo para o tratamento da dor crônica. Surpreendentemente 88 (qui-quadrado=3,838593376) não conhecem protocolos/guias e não o utilizam. 4 (qui-quadrado=14,59098871) participantes referiram não conhecer algum protocolo ou guia, entretanto, referiram utilizá-lo. Possivelmente a interpretação destes participantes sobre o conhecimento de um protocolo esteja relacionada a profundidade deste conhecimento e não a informação sobre ele.

Os resultados deste cruzamento de dados demonstram estatisticamente que a diferença entre as amostras é altamente significativa (*valor-p*<0,01), considerando o resultado do teste de qui-quadrado total =63,87637257 e *valor-p* =8,50843E-16.

Tabela B9 - Conhecimento e aplicação de método de avaliação da dor

13) O(A) senhor(a) utiliza este método/ escala/questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes?											
	VALORES OBTIDOS				VALORES ESPERADOS				QUI QUADRADO		
		SIM	NÃO	Total		SIM	NÃO	Total	SIM	NÃO	Total
12) O(A) senhor(a) conhece algum método/ escala/ questionário validado para avaliar a dor?	SIM	57	25	82	SIM	37,4	44,6	82	9,691827729	9,024449042	
	NÃO	1	44	45	NÃO	20,6	24,4	45	19,56334585	14,84519571	
	<b>Total</b>	58	69	127	<b>Total</b>	58	69	127			53,12482

teste qui quadrado 53,12481833 p= 3,29882E-13 diferença entre as amostras é altamente significativa (p<0,01)

Nesta tabela apresentam-se os resultados da relação entre o conhecimento dos participantes a respeito dos métodos ou escalas validados para avaliar a intensidade e características da dor e a utilização destes instrumentos na assistência aos portadores de dores crônicas na rede. Os resultados trazem evidências que dos 127 participantes que compõe a amostra 82 (65%) deles conhecem pelo menos um método e entre estes 57 o utilizam em sua prática profissional. Dos 45 participantes que referiram não conhecer os instrumentos de avaliação, 1 deles cita utilizar o método sem conhece-lo. Entende-se que, possivelmente, ele tenha optado por essa resposta levando em consideração a sua informação sobre esses métodos sem, no entanto, aprofundar-se no seu conteúdo.

Tabela B10 - Análises: Correlação de Spearman - Tabela de Resultados:

		10) O(A) senhor(a) conhece algum guia ou protocolo de tratamento da dor crônica?	11) O(A) senhor(a) utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?	12) O(A) senhor(a) conhece algum método/ escala/ questionário validado para avaliar a dor?
11) O(A) senhor(a) o utiliza (guia ou protocolo) no tratamento dos pacientes com dor crônica?	Coeficiente Valor-p N	,714 ,000 127		
12) O(A) senhor(a) conhece algum método/ escala /questionário validado para avaliar a dor?	Coeficiente Valor-p N	,273 ,002 127	,285 ,001 127	
13) O(A) senhor(a) utiliza este método/ escala/ questionário para avaliar a dor crônica dos pacientes?	Coeficiente Valor-p N	,107 ,233 127	,254 ,004 127	,646 ,000 127

Resultado do Teste:

**Conclusão:** Através do valor-p obtido pelo coeficiente de Spearman apresentado na tabela acima, onde pode-se observar que existe correlação entre 4 variáveis, duas a duas, exceto a variável 10 com a 13, ou seja, pode-se afirmar que há uma associação entre as variáveis, exceto a 10 x 13.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – Consentimentos do Conselho de Ética da Univille para a  
realização da pesquisa**



UNIVERSIDADE DA REGIÃO  
DE JOINVILLE UNIVILLE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOR CRÔNICA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA PARA SER ENFRENTADO NAS REDES DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Pesquisador:** Anna Geny Batalha Kipel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50277715.1.0000.5366

**Instituição Proponente:** FUNDACAO EDUCACIONAL DA REGIAO DE JOINVILLE - UNIVILLE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.334.623

#### Apresentação do Projeto:

A dor é atualmente considerada o quinto sinal vital, dada a sua elevada prevalência em pacientes hospitalizados e ambulatoriais em todo o mundo, vindo a tornar-se um problema de Saúde Pública. Interpretada como uma desagradável experiência sensorial e emocional, somente identificada e quantificada pela pessoa que a sente, a sensação dolorosa é essencialmente subjetiva. Sua abordagem exige habilidades e conhecimentos específicos dos profissionais de saúde, entretanto pouco valorizados em sua formação; principalmente as dores crônicas, as quais sofrem influências de fatores psicológicos emocionais, econômicos e sociais. Dessa forma, é grande o desafio dos profissionais para entendê-la, amenizá-la e tratá-la adequadamente. Como consequência, aumenta a demanda por serviços de saúde e por recursos tecnológicos visando atenuar a incapacidade e o sofrimento dos pacientes acometidos por ela. Embora os analgésicos sejam a chave para o alívio da dor, entende-se que a abordagem aos pacientes em tratamento de dor crônica não pode ficar restrita ao uso de fármacos. A abordagem deve ser abrangente, holística, de natureza multidimensional e interdisciplinar, considerando a dimensão e a importância dos fatores envolvidos no seu manuseio. Contudo, diante de temática tão complexa, observa-se que na esfera da Saúde Pública, o tema da dor é ainda pouco abordado observando-se a inexistência deste tema nos programas de saúde pública. Da mesma forma, identifica-se nas

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial

**CEP:** 89.219-710

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** comitetica@univille.br

Continuação do Parecer: 1.334.623

escolas uma formação deficiente com relação à avaliação e tratamento da dor, o que leva ao despreparo dos profissionais de saúde, especialmente os que atuam em nível ambulatorial. Neste cenário, portanto, as pessoas portadoras de dores crônicas necessitam de acolhimento e atenção compatíveis com o nível de complexidade preconizado para a atenção primária, pautada pelo princípio da humanização e com uma abordagem integral. Além da atenção primária, a extensão das ações de saúde para o domicílio dos pacientes é uma tendência da atual política de saúde brasileira que está sendo construída por meio dos Programas de Atenção Domiciliar. Nesta esfera, a rede de assistência básica irá necessitar de profissionais habilitados para lidar com problemas de saúde crônicos ou após hospitalizações prolongadas, nos quais a dor crônica irá figurar entre os sintomas mais frequentes. Dessa forma, a organização da atenção deverá promover a integração sistêmica, atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, articulando-se a atenção primária, a atenção domiciliar, os centros especializados em tratamento de dor e os hospitais, por meio de uma rede assistencial organizada, com responsabilidades claras em cada ponto de atenção. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde em todos os níveis assistenciais conheçam seu papel e estejam habilitados para reconhecer este sintoma e avaliá-lo por meio de métodos estabelecidos e validados. Diante do exposto, o estudo tem o objetivo de “Conhecer a organização da rede de atenção à saúde para os cuidados de pacientes com dor crônica em um município do nordeste de Santa Catarina, considerando a relevância do tema nas ações do SUS”. O estudo com delineamento transversal quantitativo será realizado entre profissionais médicos clínicos gerais e da saúde da família, enfermeiros e farmacêuticos que atuam na rede básica de assistência do Sistema Único de Saúde, serviços especializados no tratamento de dor crônica, pronto atendimentos e gestor responsável pela rede básica de saúde nos anos de 2015 a 2018, com a finalidade de conhecer o diagnóstico de rede sobre dor crônica no referido município catarinense.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral

Descrever a organização da rede de atenção à saúde para os cuidados de pacientes com dor crônica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A presente pesquisa implica em riscos mínimos, a não ser aquele decorrente da quebra do sigilo das respostas e algum eventual dano que isso possa vir a causar. Para evitar eventuais riscos, a aplicação dos questionários será realizada nos locais de trabalho, em área ou sala da unidade de saúde que preserve a privacidade de cada participante e também a confiabilidade das respostas.

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial

**CEP:** 89.219-710

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** comitetica@univille.br

Continuação do Parecer: 1.334.623

Como benefício aos participantes da pesquisa, é informado que a execução desse projeto possibilitará os profissionais de saúde e gestores perceberem a integração sistêmica da rede e a articulação nos diversos níveis de atenção, incluindo a atenção domiciliar, e centros de tratamentos especializados em dor, auxiliando os gestores da SMS e do Programa de Saúde da Família, como também os profissionais da saúde na assistência aos usuários do SUS. Os resultados desse estudo poderão trazer contribuições para subsidiar os gestores na implantação de políticas ou programas de atenção aos pacientes portadores de dor crônica. Ainda sobre os riscos, o pesquisador presta encaminhamento caso seja necessário.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo com delineamento transversal quantitativo observacional do tipo inquérito, a pesquisa conta com 370 participantes, que enquadram-se nos seguintes critérios de inclusão: os profissionais médicos clínicos gerais, enfermeiros e farmacêuticos em pleno exercício profissional nas Unidades Básicas de Saúde, no Programa de Saúde da Família e Pronto Atendimentos 24h; enfermeira e médicos especialistas em dor que atuam na Clínica da Dor do Sistema Único de Saúde e um gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Serão incluídos somente os profissionais que aceitarem participar da pesquisa, lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, maiores de 18 anos, em exercício profissional. Não serão selecionados os participantes que em licença médica, licença prêmio e licença gestacional e também aqueles que por motivos pessoais recusarem-se a colaborar ou não assinarem o TCLE.

Os participantes da pesquisa deverão participar através de um questionário. Foi informado que para a análise dos dados haverá armazenamento em planilha eletrônica criada pelo programa MsExcel 2013. Será utilizado o teste de qui-quadrado com o nível de significância de 5%, calculado pelo programa R 3.1.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.r-project.org/>) e demais testes a serem selecionados. A análise dos questionários semiestruturados respondidos pelos médicos especialistas em dor, enfermeira da clínica da dor e gerente da SMS será qualitativa usando a técnica da análise temática..

É mencionado que os dados oriundos da pesquisa ficarão sob a posse e guarda do pesquisador por cinco anos e a forma de descarte.

Os custos da pesquisa são informados detalhadamente e apresenta a forma de custeio que é financiamento próprio.

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial

**CEP:** 89.219-710

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 1.334.623

Quanto ao cronograma, é informado que a coleta de dados iniciará em 14/12/2015, prevendo a conclusão do estudo em maio/2018, onde espera-se como resultado conhecer a rede de atenção à saúde para os cuidados aos pacientes portadores de dor crônica assistidos no município e dessa forma contribuir para o desenvolvimento de ações que venham melhorar a assistência nos preceitos da integralidade e resolutibilidade aos usuários da rede básica e PAs; espera-se que ao abordar este tema, possa se aprofundar discussões sobre uma assistência interdisciplinar articulada e de qualidade à população assistida pelas equipes da rede como também divulgar a importância deste tema em congressos eventos e revistas científicas especializadas. A pesquisadora solicita sigilo da pesquisa até a sua conclusão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto apresentada está completa.

O TCLE formulado está de acordo com a Res. CNS 466/12.

As Cartas de anuência foram apresentadas, datadas e assinadas pelos responsáveis do Hospital Municipal São José e pela Secretaria Municipal de Saúde.

O instrumento de pesquisa pertinente a pesquisa foi apresentado.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto "DOR CRÔNICA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA PARA SER ENFRENTADO NAS REDES DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE", sob CAAE 50277715.1.0000.5366 do (a) pesquisador(a) Anna Geny Batalha Kipel, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares foi considerado APROVADO após análise.

Informamos que após leitura do parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no sítio da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso (<http://community.univille.edu.br/cep/statusparecer/577374>).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial

**CEP:** 89.219-710

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 1.334.623

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_567024.pdf	21/10/2015 13:19:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_DorCronica.pdf	21/10/2015 13:18:57	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/10/2015 18:50:59	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Outros	Autorizacao_secretaria_saude.pdf	16/10/2015 18:26:47	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes.pdf	16/10/2015 18:18:22	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_HMSJ.pdf	16/10/2015 18:07:54	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Outros	Questionario_gestor_04.pdf	16/10/2015 18:06:16	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Outros	Questionario_03.pdf	16/10/2015 18:05:45	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Outros	Questionario_02_.pdf	16/10/2015 18:05:03	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito
Outros	Questionario_01.pdf	16/10/2015 18:03:24	Anna Geny Batalha Kipel	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOINVILLE, 24 de Novembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eleide Abril Gordon Findlay**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.**Bairro:** Zona Industrial**CEP:** 89.219-710**UF:** SC**Município:** JOINVILLE**Telefone:** (47)3461-9235**E-mail:** comitetica@univille.br

# AUTORIZAÇÃO

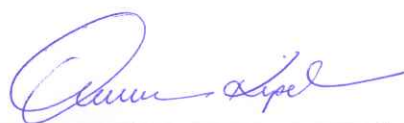
Nome do Autor: Anna Geny Batalha Kipel

RG: 471490

Titulo da Tese: **ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JOINVILLE**

Autorizo a Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, através da Biblioteca Universitária, disponibilizar Cópias da Tese de minha autoria.

Joinville, 13 de agosto de 2019.



---

**Assinatura do Aluno**