Angela Baroni de Góes

**Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos
de atenção primária à saúde: tradicional, programático,
saúde da família, misto e integral**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Basso
Schmitt

**São Paulo
2019**

Angela Baroni de Góes

**Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos
de atenção primária à saúde: tradicional, programático,
saúde da família, misto e integral**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Basso
Schmitt

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Góes, Angela Baroni de

Linha de cuidado da dor musculoesquelética em
modelos de atenção primária à saúde : tradicional,
programático, saúde da família, misto e integral /
Angela Baroni de Góes. -- São Paulo, 2019.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Ana Carolina Basso Schmitt.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Dor
musculoesquelética 3.Modelos de assistência à saúde
4.Unidade básica de saúde

USP/FM/DBD-391/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

RESUMO

Góes AB. *Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde*: tradicional, programático, saúde da família, misto e integral [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: A dor musculoesquelética é uma das afecções mais prevalentes na população mundial e considerada um importante problema de saúde pública. Devido cuidados amplos e diversificados por modelos assistenciais distintos na Atenção Primária à Saúde, é essencial entender estratégias de planejamento para o cuidado da dor musculoesquelética e a remissão do problema, para cada um deles. O objetivo do estudo foi identificar a linha de cuidado da dor musculoesquelética a partir da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde e a evolução após 3-6 meses, segundo modelos assistenciais no município de São Paulo. **MÉTODOS:** Foram entrevistadas 668 pessoas na demanda espontânea de cinco modelos assistenciais de UBS: tradicional, programática, saúde da família, mista e integral. Utilizou-se o procedimento de amostragem sistemática por partilha proporcional à população de referência de cada UBS. As pessoas responderam um questionário na demanda espontânea, sobre dados sociodemográficos e presença ou não de dor musculoesquelética. Para aqueles que afirmaram ter dor, foram coletadas informações sobre características da dor e condutas de autocuidado. Em seguida pelo prontuário, o diagnóstico e as condutas indicadas pelo profissional foram coletados. Em follow-up de 3 a 6 meses através de ligação telefônica foram investigadas a remissão da queixa e adesão às condutas prescritas anteriormente. Para as análises estatísticas utilizou-se o *Stata 14.0*. As prevalências de dor musculoesquelética na demanda espontânea e após 3 a 6 meses de acordo com os modelos assistenciais foram estimadas por ponto e intervalo de confiança de 95%. Com distribuição normal, o teste Exato de Fisher verificou a associação do modelo assistencial de pessoas com dor musculoesquelética com variáveis sociodemográficas, informações/condutas do prontuário dos indivíduos, condutas de autocuidado e adesão ao tratamento indicado. Para analisar as características de dor musculoesquelética dos usuários por modelo assistencial no momento e após três meses foram usados Teste t pareado para médias, Teste de proporção e Qui Quadrado para porcentagens. Para todas as análises estatísticas, considerou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **RESULTADOS:** A prevalência da dor musculoesquelética no momento da procura foi de 59,2% (IC_{95%}: 55,5%-63,0%), com melhora após 3-6 meses (48,3%; IC_{95%}: 43,4%-53,3%). A maioria dos indivíduos com queixa de dor musculoesquelética eram do sexo feminino (62,2%), pardas (55,5%), católicas (58,2%), na faixa etária entre 20-59 anos de idade (58,4%), sem companheiro (56,6%), trabalhadoras dos serviços (59,7%), com apenas o ensino médio completo (57,6%), e que recebiam até 1 salário mínimo (60,0%). Todas características da dor melhoraram nas UBS em geral ($p < 0,001$). A maioria procurou o serviço por outro motivo (64,8%) não relacionada a dor, a conduta mais prescrita nas UBS mista (23,2%) e integral (24,8) foi a terapia medicamentosa. Em relação às condutas prescritas a adesão foi de 84% e no nível assistencial caseiro (36,3%). Houve um grande problema com a falta de registro nos prontuários, principalmente na UBS tradicional (55,5%). Sobre as condutas de autocuidado, muitos não adaptaram a postura (47,4%) e nem mudou os hábitos para alívio da dor (58,3%), porém se automedicaram (34,3%) sem saber especificar a dosagem (49,2%), e, quando

tiveram indicação de cuidado, a maioria relatou que o médico da UBS (27,8%) indicou medicação (35,1%). **CONCLUSÃO:** A prevalência de dor musculoesquelética na demanda espontânea foi alta, com remissão após 3 a 6 meses em todas as UBS, entretanto metade delas continuaram com dor. A assistência e resposta da evolução da dor musculoesquelética são parecidas entre os modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção primária à saúde; Dor musculoesquelética; Modelos de assistência à saúde; Unidade básica de saúde.

ABSTRACT

Góes AB. *Line of care of the musculoskeletal pain in primary health care models: traditional, programmatic, family health, mixed and integral* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019”.

BACKGROUND: Musculoskeletal pain is one of the most prevalent conditions in the world population and considered a major public health problem. Due to the wide and diversified care by different healthcare models in Primary Health Care, it is essential to understand planning strategies for the care of musculoskeletal pain and the remission of the problem, for each of them. The aim of this study was to identify the musculoskeletal pain line of care from the spontaneous demand in Primary Health Care and the evolution after 3 to 6 months, according to healthcare models in the city of São Paulo. **METHODS:** There were interviewed 668 people in the spontaneous demand of five healthcare models of health centers: Traditional, Programmatic, Family Health, Mixed and Integral. It was used the systematic sampling procedure by distribution proportional to the reference population of each health center. The people answered a questionnaire on spontaneous demand about sociodemographic data and the presence or absence of musculoskeletal pain. For those who reported having pain, information on pain characteristics and self-care conduct were collected. Then in the health records, the diagnosis and the conduct indicated by the healthcare professional. A follow-up of 3 to 6 months was made by telephone to find out about remission of the complaint and adherence to the previously prescribed conducts. Statistical analyzes were performed using *Stata 14.0*. The prevalence of musculoskeletal pain in spontaneous demand and after 3 to 6 months according to healthcare models were estimated by point and a confidence interval of 95% (CI). The Shapiro-Wilk test has confirmed the normal distribution of variables. The Fisher's exact test was applied to verify the association of the healthcare model of people with musculoskeletal pain with sociodemographic variables, information/behaviors of the individual's health records, self-care conduct and adherence to the indicated treatment. To analyze the musculoskeletal pain characteristics of the people interviewed by healthcare model at the moment and after three months, paired T-test was used for averages and Proportion test and Chi-square were used for percentages. For all statistical analyzes, a significance level of 5% ($p \leq 0,05$) was considered. **RESULTS:** The prevalence of musculoskeletal pain at the spontaneous demand was 59,2% (95%CI: 55,5% - 63,0%), with improvement after 3-6 months 48,3% (95%CI: 43,4% - 53,3%). Most individuals with complaints of musculoskeletal pain were female (62,2%), brown (55,5%), Catholics (58,2%), aged 20-59 years old (58,4%), without a partner (56,6%), service workers (59,7%), with only completed high school (57,6%), and who received up to 1 minimum wage (60,0%). All characteristics of pain improved in general health centers ($p < 0,001$). Most sought the service for another reason (64,8%) not related to pain, the most prescribed conduct in the Mixed (23,2%) and Integral (24,8%) was prescription medicines. Regarding prescribed conducts, adherence was 84% and home performed conducts were 36,3%. There was a major problem with the lack of health records, especially in the Traditional health center (55,5%). Regarding self-care conducts, most did not adapt their posture (47,4%) neither changed their habits for pain relief (58,3%), but used

nonprescription medicines (34,3%) without knowing how to specify the dosage (49,2%) and when they had an indication of care, most reported that the doctor of the health center (27,8%) indicated medicines for pain (35,1%). **CONCLUSION:** The prevalence of musculoskeletal pain in spontaneous demand was high, with remission after 3 to 6 months in all healthcare centers, however half of them remained in pain. Assistance and response to the evolution of musculoskeletal pain are similar among the health care models of Primary Health Care.

Descriptors: Primary health care; Musculoskeletal pain; Healthcare models; Health Center.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, por essa caminhada juntos há quase 20 anos, por todo seu amor e companheirismo. Estar ao meu lado com seu apoio incondicional foi imprescindível desde o primeiro momento. Obrigada por efetivamente me ajudar e considerar esta pesquisa como “nosso mestrado”. “Hoje, te amo mais do que ontem e menos do que amanhã”.

Ao meu filho, meu anjinho, o grande amor da minha vida, que no auge dos seus 4 anos de idade me ensina tanto a cada dia, obrigada por me mostrar que existe um amor de dar nó na garganta.

Ao meu pai que sempre incentivou e investiu nos meus estudos, e um dos responsáveis para que eu chegasse onde estou. O amor à sua profissão, em cuidar do próximo e a vontade de nunca parar sempre me inspirou.

E especialmente à minha mãe, meu exemplo, meu porto seguro... obrigada por tudo o que você representa na minha vida. Obrigada por me apresentar à fisioterapia, seu brilho nos olhos de encantamento é contagiante! Obrigada por sempre me apoiar e me encorajar a seguir meus próprios caminhos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à minha orientadora Profa. Ana Carolina Schmitt, pela confiança e por acreditar no meu potencial, obrigada pelos ensinamentos que vão muito além dessa pesquisa, e que influenciam diretamente todo meu processo de trabalho.

À minha co-orientadora Profa. Raquel Casarotto, a quem tenho muita admiração, sou imensamente grata pois foi a responsável por me apresentar à Atenção Primária à Saúde. Você é um exemplo para mim de profissional (fisioterapeuta, professora), e principalmente ser humano.

Rafaela e Daniel, colegas de profissão e projeto, obrigada por toda ajuda nas coletas e por sistematizar as infinitas informações.

À Fernanda, minha parceira de pesquisa e coletas, que compartilhou comigo todo esse processo, muito obrigada por viabilizar esta conquista.

Às minhas amigas de profissão, Anice e Maria Clara, agradeço todos os momentos de desabafo e dicas que contribuíram para a finalização deste trabalho.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação de Ciências da Reabilitação pelos direcionamentos no decorrer deste trabalho.

À Coordenadoria Regional Oeste e Supervisão Técnica do Butantã da cidade de São Paulo pela aprovação e apoio ao projeto.

Às Unidades Básicas de Saúde, gestores, funcionários e profissionais de saúde obrigada por abrirem as portas e serem tão receptivos e disponíveis.

E por fim e mais importante, aos usuários meu eterno agradecimento, sem vocês este trabalho não seria possível!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modelos assistenciais.....	3
1.2	O cuidado da dor musculoesquelética	8
1.3	Hipótese	10
2.	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos específicos.....	11
3.	MATERIAL E MÉTODOS	12
3.1	Local, População de estudo e Amostra.....	12
3.2	Aspectos éticos	14
3.3	Procedimento de campo.....	15
3.4	Desenho do estudo e caracterização das variáveis	15
3.5	Análise de dados	17
4.	RESULTADOS	19
5.	DISCUSSÃO	33
6.	CONCLUSÃO	46
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

APÊNDICES

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIFARMA	Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas
AINH	Anti-inflamatório não hormonal
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças-10
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSEB	Centro de Saúde Escola Butantã (Samuel Banrsley Pessoa)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVA	Escala Visual Analógica
EUA	Estados Unidos da América
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>P</i>	Nível de significância
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENS	Eletroestimulação nervosa transcutânea

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do Município de São Paulo	12
Figura 2. Mapa da Coordenadoria Regional.....	13
Figura 3. Amostra do estudo.....	19
Figura 4. Prevalência de dor musculoesquelética na demanda espontânea e após 3 a 6 meses, segundo os modelos de Atenção Primária à Saúde.	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos usuários com dor musculoesquelética de acordo com as características e modelos assistenciais.	21
Tabela 2. Distribuição e medidas descritivas dos usuários de demanda espontânea por modelo assistencial, segundo as características de dor no momento e após 3 a 6 meses.....	25
Tabela 3. Associação das informações/conduas do prontuário dos indivíduos com dor musculoesquelética e aderência com o tipo de modelo assistencial.....	28
Tabela 4. Distribuição em porcentagem das condutas realizadas pelos usuários com dor musculoesquelética por tipo de modelo assistencial.	30

1. INTRODUÇÃO

“A saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida”. (Starfield B, 2002)¹

Entre as condições clinicamente relevantes, a dor musculoesquelética é a mais frequente e apontada como um importante problema de saúde pública^{2, 3} devido causas multifatoriais e impactos negativos nos âmbitos pessoal, social e econômico^{4, 5}.

Dor musculoesquelética aguda é considerada pelo Comitê de Taxonomia da *International Association for the Study of Pain* (IASP), como “a dor que dura menos de 1 mês e ocorre principalmente por causa de lesões traumáticas, câncer e pós-cirurgias”. Nos serviços de emergência, as dores agudas são frequentemente relacionadas a traumatismos, infarto agudo do miocárdio ou infecções. Cerca de 50% dos brasileiros procura assistência devido à dor aguda, sendo a intensidade de moderada a intensa relatada para este tipo de dor. Além disto, alguns autores consideram as condições álgicas recorrentes de curta duração sendo de difícil classificação⁶.

Por outro lado, a dor musculoesquelética crônica tem sido reconhecida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que persiste após o tempo normal de cura”⁷. Esse tempo é necessário para a inflamação diminuir, e na reparação de tecidos e nervos periféricos em lesões aguda. Normalmente, a dor é classificada como crônica quando dura ou recorre por mais de 3 a 6 meses, porém o limite mais utilizado para pesquisas empíricas, é a classificação de dor crônica a partir de 6 meses⁸.

A dor musculoesquelética crônica é considerada uma experiência subjetiva e multidimensional, de natureza complexa e muitas vezes de difícil avaliação^{6, 9, 10}, pois envolve numerosos aspectos fisiopatológicos, interações psicológicas e o bem-estar social e econômico do indivíduo¹¹. E está associada com a incapacidade funcional, sexo feminino,

idade mais avançada, sem companheiros, baixa escolaridade, baixa renda familiar, depressão, ansiedade e múltiplas queixas somáticas^{10, 12}.

As consequências da dor musculoesquelética crônica são graves pois evoluíram como uma das principais causas de incapacidade funcional, afetando mais de 1,7 bilhão de pessoas no mundo. Além da sua alta prevalência, está presente nas doenças que mais causam impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, dado que a causa mais comum dos distúrbios musculoesqueléticos crônicos é a osteoartrite e a região lombar o local mais comum^{4, 13, 14}.

A dor musculoesquelética crônica consequentemente traz elevados custos individuais e sociais pois não envolvem apenas os cuidados de saúde tradicionais, mas também os custos indiretos, relacionados ao trabalho como afastamentos e aposentadorias^{5, 15, 16}. Nos Estados Unidos, por exemplo, bilhões de dólares são destinados anualmente ao tratamento e questões trabalhistas envolvendo indivíduos com dor⁶.

Segundo a IASP¹⁷, a prevalência média mundial de dor musculoesquelética crônica é de 35,5%. De acordo com estudos europeus a prevalência de dor musculoesquelética difusa é em torno de 24%, a dor crônica é frequentemente associada a dor difusa inespecífica, com relatos algícos em diferentes regiões do corpo^{12, 18}.

No Brasil a epidemiologia da dor musculoesquelética e seu impacto é pouco conhecida, porém, estudos mostram uma prevalência de dor musculoesquelética entre 36,5%¹⁹ a 61,4% em adultos²⁰, sendo que no sexo feminino é maior, variando de 42,4%¹⁹ a 69,2%²⁰.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) (2014)²¹ estima-se que aproximadamente 27,0 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade (18,5%) referiram problema crônico de coluna no Brasil, destes indivíduos, 21,1% eram mulheres. Na maioria das grandes regiões (Norte, Sudeste e Centro-Oeste), os resultados foram semelhantes entre 16,9% e 19,2%¹⁰. Na América Latina a prevalência de dor lombar crônica foi estimada em torno de 10,5%. Alguns fatores de risco foram relatados pelos autores como jornadas extensas de trabalho em sedestação, carregamento e transporte de cargas pesadas, obesidade ou sobrepeso, atividades domésticas, gravidez, tabagismo e sedentarismo²².

Apesar de menor frequência, as crianças e adolescentes também têm dor musculoesquelética com prevalência variando entre 1 a 15%. Na maioria dos casos são

leves e transitórias. Pode estar associada a hipermobilidade articular, estresse, experiências dolorosas prévias, privação social, abuso físico e sexual, modelos parentais de comportamento doloroso, distúrbios do sono e baixo condicionamento físico²³.

Inconsistências nos dados de prevalência de dor musculoesquelética no adulto, refletem as várias definições para dor crônica, os diferentes métodos de coleta de dados, as dificuldades inerentes à mensuração da dor, a realização de um diagnóstico assertivo e os cuidados amplos e diversificados. Indivíduos com dor musculoesquelética possuem um longo histórico de exames subsidiários, tratamentos e até mesmo internações, com poucos resultados na melhora do quadro doloroso. Alguns países e serviços têm processos de trabalho bem definidos para o manejo da dor e outros usam estratégias sem planejamento, entretanto, há pouco conhecimento sobre a remissão do problema. Dessa maneira, um planejamento de controle da dor é de vital importância para abordagens eficazes, seguras e de baixo custo^{4, 6, 11, 24, 25}.

Atualmente o cuidado da dor musculoesquelética é considerado um dos maiores desafios para o Sistema de Saúde, pois modificou o padrão de necessidades da população, devido repercussões para a sociedade e no bem-estar das pessoas. Isso impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolutividade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas sim da longitudinalidade do cuidado^{6, 13}.

1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modelos assistenciais

Na década de 1980, o cenário político no Brasil favorece o surgimento de movimentos e lutas pelo fim da ditadura militar, por democracia e direitos de cidadania. Neste contexto, e, devido aos crescentes custos no setor da saúde, ganha força um movimento com críticas ao modelo biomédico, que era fundamentado no modelo cartesiano* e na medicina flexneriana**

Apesar deste modelo ter sido reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, em virtude de seus benefícios em promover o alívio da dor e no tratamento de diversas doenças,

*Modelo cartesiano: influenciado pelo filósofo e matemático René Descartes (1596-1650), esse modelo ficou conhecido pelo princípio do homem tal como uma máquina^{26, 27}. **Medicina Flexneriana: reforma médica ocorrida nos Estados Unidos da América (EUA), a partir do Relatório Flexner, em 1911. Sua essência era o cuidado individual, tratamento de doenças valorizando o ambiente hospitalar e especialidades médicas²⁸.

seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo com intervenções no seu corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças; a medicalização; a prioridade da atenção hospitalar e uso intensivo de equipamentos tecnológicos. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença e a incompreensão dos diferentes aspectos do ser humano.

Este movimento se expressa fundamentalmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que estabeleceu a saúde como um direito do cidadão, constituiu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) e resultou no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, integração e transferência de recursos para as instituições de saúde. Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, alcançando a conquista do SUS, em 1990. A tentativa de superação dos problemas decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico, ainda hoje, é considerada um dos grandes desafios do SUS^{29, 30, 31, 32}.

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (Constituição Federal, 1988)³³.

A partir da Constituição é reconhecida a relação do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais como determinantes do processo saúde-doença. Cria-se um sistema público universal de saúde, que há 30 anos busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social²⁹.

Alinha-se assim à essência da Declaração de Alma-Ata, de 1978, sobre Atenção Primária à Saúde (APS) convocando os governos a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema de saúde integral e em

coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais de saúde³⁴. A premissa fundamental da APS, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é que todas as pessoas em suas comunidades merecem cuidados adequados ao longo da vida³⁵.

A Atenção Primária à Saúde é definida como “ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”¹.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é norteada pela descentralização e transversalidade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, famílias e comunidade. É considerada como o contato preferencial dos usuários, correspondendo como principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde^{21, 36}.

Uma das principais atribuições da APS é reduzir ou suprimir as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a qualidade do atendimento especializado (quando necessário). Evidências mostram que é na APS que as intervenções preventivas são melhores quando não estão relacionadas a nenhuma doença, impactando no controle da morbidade e mortalidade³⁷.

O modelo^{***} assistencial tradicional vai de encontro ao modelo hegemônico biomédico, o modelo assistencial tradicional, representado por centros e postos de saúde, principalmente nas décadas de 80 e 90, caracterizava-se por direcionar suas ações assistenciais para o processo saúde-doença, no cuidado médico centrado e em serviços especializados. O enfoque assistencialista e a compreensão do indivíduo de forma isolada são características da atuação deste modelo. O indivíduo é visto de forma fragmentada, suas necessidades e suas relações familiares e sociais são aspectos pouco abordados por um profissional de saúde tradicional. O acesso dos usuários à UBS tradicional ocorre exclusivamente por agendamento de consultas, e a demanda espontânea é controlada através de encaixes nas agendas do médico, este corresponde ao semi-especialista (clínicos, pediatras

^{***} Modelos assistenciais são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde definidas”³⁸.

e ginecologistas). Outros profissionais de saúde como os enfermeiros atuam no setor de vacinas e curativos³⁹.

Ao longo do processo da Reforma Sanitária Brasileira, diferentes modelos de atenção à saúde foram desenvolvidos visando ao fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

O modelo programático originou-se no Departamento de Medicina Preventiva e do Centro de Saúde Samuel Banrley Pessoa (CSEB) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁴⁰ a partir de reflexões sobre as práticas em saúde onde predominavam a assistência centrada no procedimento médico e no atendimento individual. Em 1970 a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo incorporou as ações programáticas em saúde nos serviços, sendo efetivamente implantada a partir da Reforma Sanitária. O modelo programático defende, em seus princípios a integração sanitária com organização da oferta de serviços, do processo de trabalho e a incorporação da epidemiologia na APS, e hierarquização do cuidado centrado na dimensão coletiva da saúde^{38, 41, 42}. Neste tipo de modelo o acesso dos usuários acontece por demanda espontânea com um número limitado de senhas para o dia, o primeiro contato ocorre com enfermeiros ou técnicos de enfermagem, o encaminhamento para o médico da unidade acontece caso haja necessidade de intervenção deste profissional para resolução da queixa/demanda.

A disputa entre o modelo biomédico hegemônico e o modelo sanitaria^{****}, desencadeada na década de 1980, tem continuidade nas décadas de 1990 e início de 2000. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), como espaço amplo de debates, sempre colocou em pauta a necessidade de reorganização da atenção e do cuidado dos indivíduos, efetivando o direito à saúde. Neste cenário, a partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)³⁰.

****O modelo sanitaria, predominante no Brasil, é voltado para a intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, através de programas especiais, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas²⁸.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (e implementado em 1996 no município de São Paulo)⁴³ é um marco na incorporação da estratégia de Atenção Primária na saúde brasileira. Inicialmente voltado para a assistência em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos expandiu-se para todo território brasileiro⁴⁴. Este modelo tem como principal objetivo contribuir para uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a definição de responsabilidades entre os serviços e a população. A transição do antigo paradigma de assistência em um novo modelo de atenção com foco na promoção da saúde, constituiu uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico, pois apresenta enfoque nas ações multiprofissionais da equipe de saúde, responsabilidade pela saúde de uma população adstrita a uma determinada área de abrangência e sistematização da demanda espontânea e programada. Ademais, possui foco holístico no indivíduo e em sua família, com ações integrais embasadas nos determinantes sociais de saúde^{30, 38, 40}. A unidade de saúde da família constitui a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, integrando à rede de serviços mais complexos. Sendo que o acesso do usuário na unidade ocorre por demanda espontânea e direcionado para o acolhimento com profissionais da ESF. Cada equipe é constituída por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e é responsável por 2000 a 3500 habitantes⁴⁵. A equipe é responsável por conhecer os moradores em seu território de abrangência, prestar assistência integral às famílias, identificar as vulnerabilidades e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença com ações educativas e intersetoriais⁴⁴.

O modelo misto é representado por unidades que articulam diferentes modelos na Unidades de Saúde da família, integrando os processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o modelo tradicional para a mesma população⁴⁶. O acesso dos usuários em unidades deste modelo é semelhante às unidades saúde da família, acontece por demanda espontânea seguida de acolhimento com profissionais da ESF.

O modelo integral considerado como parte do processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e das Diretrizes para o Fortalecimento da Atenção Básica no município de São Paulo, propõe uma reestruturação da Atenção Primária regional, com melhorias no acesso à demanda espontânea, programas específicos e contando com ESF de

acordo com as necessidades do território. Neste sentido, visa garantir o atendimento integral ao cidadão com seguimento longitudinal e a coordenação do cuidado em saúde⁴⁷. Uma diferença importante em relação a outros modelos assistenciais é a população adstrita, onde além de moradores da área de abrangência, a UBS integral atende pessoas que estão no território (trabalhadores e estudantes) independente do endereço de moradia. O acesso dos usuários no modelo integral ocorre principalmente por acolhimento ao atendimento não agendado por profissionais da ESF, com ampliação do horário de funcionamento, inclusive aos sábados⁴⁸.

Com a diversidade de modelos assistenciais da APS no município de São Paulo, é essencial a compreensão do cuidado da dor musculoesquelética para cada uma delas.

1.2 O cuidado da dor musculoesquelética

O que sabemos sobre a dor musculoesquelética influencia a maneira como avaliamos e tratamos os indivíduos. Tanto a população como muitos profissionais de saúde, assumem que alguma patologia subjacente explica os sintomas experimentados. Consequentemente, a avaliação é direcionada para uma anamnese e exame físico, seguido, quando considerado apropriado, por exames laboratoriais e de imagem, na tentativa de identificar ou confirmar a presença de qualquer patologia subjacente que cause o sintoma. Há casos em que o paciente tem um diagnóstico confirmado, porém são indivíduos assintomáticos. A experiência da dor é subjetiva e varia muito entre os indivíduos. Portanto, os componentes psicológicos influenciam a experiência da dor e podem afetar significativamente o tratamento. Embora a abordagem biomédica tradicional, possa ser apropriada para avaliar a dor aguda, é considerada incompleta e não suportada pelas evidências científicas atuais para o manejo da dor musculoesquelética crônica^{15, 49}.

Existem diretrizes bem estabelecidas para o cuidado da dor musculoesquelética, entretanto sabe-se que a dinâmica assistencial é diferente nos modelos de APS. Por exemplo no Brasil, o Ministério da Saúde⁵⁰ preconiza que para o cuidado da dor aguda, além do exame físico, outros exames como Raio-X e hemograma devem ser solicitados pelo médico para diagnóstico clínico. O indivíduo normalmente é orientado a realizar repouso, retorno lento e

gradual as atividades normais, evitando exercícios na fase aguda, e, uso de medicamentos anti-inflamatórios, relaxantes musculares, exceto o uso de opióides (apenas nos casos de dor aguda extrema).

No entanto, as medicações têm sido mostradas como ineficazes no cuidado da dor musculoesquelética crônica. Além disso, os gastos em saúde e o custo diário, por pessoa com dor, após prescrição de opióides duplica. Ainda, das pessoas medicadas para o alívio da dor, quase metade utiliza, em simultâneo, medicações para distúrbios do sono, ansiedade e depressão, representando um elevado índice de comorbidades e um incalculável impacto na esfera emocional, psicológica e social^{49, 51}.

A assistência à dor nos diferentes níveis de atenção à saúde deve contar com profissionais preparados para enfrentar tal desafio e, especialmente, o nível primário por ser a porta de entrada necessita melhor planejamento para resolutividade, na maior parte dos casos⁵¹. A APS tem capacidade de resolutividade de 80 a 85% dos problemas de saúde de uma comunidade quando está capacitada para reconhecer, prevenir e tratar os mais comuns problemas de saúde⁵³.

Na Dinamarca, o manejo ocorre nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, 70% das pessoas que utilizam a assistência de baixa complexidade têm dor musculoesquelética e consomem mais medicação. Em Cuba, os motivos mais frequentes de consulta no serviço de emergência são as alterações do aparelho locomotor⁵⁴. Já nos Estados Unidos, pessoas com dores nas costas e pescoço normalmente são atendidas na média complexidade¹³.

Os indivíduos com dor crônica são 1,5 vezes mais propensos a procurar atendimento na APS do que aqueles que não tem dor crônica. A maioria das dores crônicas é gerenciada na APS, sendo que entre 7% a 35% dos indivíduos com dor são referenciados para especialistas na média complexidade, como por exemplo, ortopedista e reumatologista, e 26% são encaminhados para fisioterapeutas⁵².

As dores musculoesqueléticas crônicas podem e devem ser tratadas em parceria com os vários profissionais presentes na unidade de saúde da família, valorizando a multidisciplinaridade e, mais uma vez, rompendo o fluxo unidirecional de atendimentos e estimulando alternativas populares e não medicamentosas para a obtenção de um melhor

estado de saúde^{55, 56}. A equipe da UBS é responsável por organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, e gerir o projeto terapêutico, garantindo o acesso do usuário aos outros níveis de assistência, assim como a contrareferência para que o vínculo continue com a equipe, que tem a missão de dar continuidade dos cuidados ao usuário.

A linha de cuidado deve garantir: fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu percurso na rede; referência segura a outros níveis de complexidade; contrareferência para a unidade básica; vínculo e cuidado longitudinal; gestão do projeto terapêutico do usuário; intersetorialidade e participação social⁵⁷.

Por isso diante das incertezas das formas de cuidado nos modelos assistenciais é fundamental que a linha de cuidado da dor musculoesquelética seja elaborada por todos que participam e utilizam os serviços e recursos assistenciais e específica, com diagnóstico preciso, multidisciplinar e com plano terapêutico singular^{58, 59}.

1.3 Hipótese

Há alta prevalência de dor musculoesquelética na demanda espontânea, com remissão da queixa após 3 a 6 meses. A assistência e resposta da evolução da dor musculoesquelética são distintas entre os modelos assistenciais de APS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a linha de cuidado da dor musculoesquelética a partir da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde e a evolução após 3 a 6 meses (follow-up), segundo modelos assistenciais no município de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de demanda espontânea e após 3 a 6 meses das queixas de dor musculoesquelética;
- Identificar o diagnóstico e decisão terapêutica da população atendida com dor musculoesquelética;
- Avaliar a adesão e aderência da decisão terapêutica de dor musculoesquelética;
- Avaliar a remissão da dor musculoesquelética após três meses da indicação terapêutica;

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Local, População de estudo e Amostra

O município de São Paulo (SP), representado na Figura 1, possui 11.253.503 habitantes (último censo de 2010) e a população estimada para 2019 é de 12.252.023 habitantes, de acordo com o IBGE (BRASIL 2016)⁶⁰.

Figura 1. Mapa do Município de São Paulo (CEInfo, 2018)⁶³

A população de referência estudada contou com usuários maiores de 18 anos que chegavam às UBS na demanda espontânea, ou seja, sua procura à unidade por cuidado à saúde devido identificação de algum problema de saúde⁶⁴ e sem agendamento programado⁵⁰. A coleta aconteceu durante o período de junho de 2017 a maio de 2019. O tamanho amostral foi de 687 pessoas, considerando a menor prevalência de dor musculoesquelética na população brasileira (36,5%)¹⁹ com uma margem de erro de 2% em 95% das possíveis amostras e 20% de perdas. A amostra foi contínua até atingir o número de pessoas por unidade e selecionada usando o procedimento de amostragem sistemática por partilha proporcional à população de referência de cada UBS: tradicional (n=149), programática (n=118), saúde da família (n=75), mista (n=95) e integral (n=250).

Os critérios de elegibilidade dos indivíduos foram: ser usuário da unidade, ter idade maior que 18 anos na data da entrevista e que procuraram a UBS por demanda espontânea. Foram excluídos os usuários que buscaram o serviço apenas para agendamento de exames e consultas, renovação de receita, coleta de sangue e sem condições de saúde cognitiva para responder a entrevista.

3.2 Aspectos éticos

O estudo teve início após aprovações dos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (protocolo: 1.781.749) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (protocolo: 1.819.729), em anexo (Apêndice 1), seguido de autorização para início das coletas do CSEB e da Coordenadoria Regional Oeste da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice 2). O risco do estudo foi considerado mínimo pois, expôs os usuários a perguntas sobre sua dor musculoesquelética e formas de busca de cuidado, entretanto, todos tiveram a possibilidade de não responder alguma pergunta ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

3.3 Procedimento de campo

Efetuuou-se o contato às UBS, para alinhar o processo de coleta juntamente com os gestores e profissionais de saúde, em razão de entender o padrão da demanda espontânea ou de primeiro contato do usuário na UBS como: dias e horários da semana; quantidade média de demanda espontânea por dia; número de profissionais por dia (escala); fluxo da demanda espontânea (processo de trabalho); evolução das condutas e população de abrangência. Foram escolhidos os dias da semana com maior demanda na unidade. E foi estimado um tempo médio de 15 a 20 minutos para cada entrevista e após 3 a 6 meses por contato telefônico de 10 a 20 minutos.

Então, os participantes do estudo responderam a um questionário no momento da procura (demanda espontânea) sobre dados sociodemográficos e informações sobre dor musculoesquelética (características e autocuidado). Em outro momento, para as pessoas com dor musculoesquelética, os prontuários dos participantes foram averiguados, verificando o diagnóstico e conduta do dia da procura. Após 3 a 6 meses, a mesma pessoa foi contatada por telefone e questionada sobre a dor musculoesquelética relatada no dia da procura à UBS, através do questionário de dor e suas características e autocuidado, bem como a remissão ou não da queixa, aderência e adesão à terapêutica proposta no prontuário e o percurso percorrido para o cuidado diante da(s) conduta(s) planejada(s).

3.4 Desenho do estudo e caracterização das variáveis

Trata-se de um estudo de coorte sobre a linha de cuidado da dor musculoesquelética para caracterizar o problema e o fluxo percorrido para o cuidado, bem como a remissão da dor. Primeiramente, ao chegar no serviço, o usuário era questionado sobre o motivo de procura à UBS. Em seguida, os participantes foram interrogados quanto aos dados sociodemográficos como: *sexo*, *idade* em anos a partir da data de nascimento, *estado civil*⁶⁰, *cor da pele* auto relatada, *escolaridade* em anos de estudo e o maior grau completo, *ocupação* de acordo a Classificação Brasileira de Ocupação⁶⁵, *renda per capita*⁶⁰ e *religião*. A presença de dor musculoesquelética foi identificada na entrevista de forma objetiva (sim/não), assim como impacto no trabalho. Para as pessoas que afirmaram ter queixa de dor

musculoesquelética, a caracterização da dor foi feita através do Questionário Nórdico com o relato do usuário sobre o *local da dor* referente aos últimos sete dias (pescoço, ombro, coluna torácica e lombar, cotovelo, antebraço, punho/mãos/dedos, quadril/coxa, joelho e tornozelo/pé). O instrumento identifica e padroniza a mensuração dos relatos de distúrbios osteomusculares. Consiste em escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas nas diversas regiões anatômicas nas quais são mais comuns, onde o respondente deve relatar a ocorrência destes sintomas e o impedimento na realização das atividades diárias, considerando os sete dias precedentes à entrevista⁶⁶.

Para a *intensidade da dor*, utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA) que é semelhante a uma régua, numerada de 0 a 10, sendo 0 sem/nenhuma dor e 10, a dor mais insuportável sentida pelo indivíduo, o participante assinalou a nota da dor no momento da entrevista e a nota para a dor na crise^{67, 68}. A *frequência* foi mensurada pelo número de dias na semana com dor, a *duração*^{69, 70, 71} da queixa foi indicada em dias, meses e anos e o *estado da dor* em “piorando”, “melhorando” ou “igual”. Foram também questionadas aos participantes as condutas de autocuidado para a dor musculoesquelética. A(s) decisão (ões) terapêutica(s) para o cuidado da dor foram identificadas pelas condutas profissionais prescritas no prontuário, bem como o diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela OMS⁷². O nível assistencial para a(s) conduta(s) prescrita(s) foi(foram) obtida(s) pelo prontuário e confirmada com o usuário, e considerados os níveis assistenciais: primário, secundário e caseiro. Considerou-se como nível assistencial “caseiro” os cuidados para a dor realizados em casa, mesmo que orientados por algum profissional de saúde da UBS, porém sem necessidade de seguimento na unidade ou encaminhamento para outro nível. Após 3 a 6 meses da procura à UBS, o participante foi questionado sobre sua adesão/aderência às condutas terapêuticas prescritas no prontuário. A remissão da queixa de dor foi identificada pela reaplicação do Questionário Nórdico após 3 a 6 meses com o questionamento da dor, intensidade, frequência e seu estado para todas as regiões corporais relatadas como queixas de dor musculoesquelética anteriormente e questionada ao participante de forma objetiva (sim/não). (Apêndice 3)

Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram relacionadas aos seguintes *dados sociodemográficos*: *idade* em anos, *sexo*, *situação conjugal*, *escolaridade*, *ocupação*, *cor da pele*, *renda* e *religião*. Também foram consideradas as variáveis: *modelo assistencial*, *impacto no trabalho*, *impedido* de realizar as atividades habituais, *motivo da procura*, *condutas dos usuários (autocuidado)*, *diagnóstico*, *conduta prontuário*, *nível assistencial* e *remissão dos sintomas*.

Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes foram definidas como sendo a *dor musculoesquelética*, considerada pela afirmativa de dor e correspondente aos segmentos do corpo no Questionário Nórdico; as *características da dor* no momento e após 3 a 6 meses: *local da dor*, *frequência*, *intensidade* (EVA), no momento e na crise, *duração* e *estado da dor*.

3.5 Análise de dados

Os dados foram analisados com o programa estatístico *Stata* versão 14.0. A prevalência de dor musculoesquelética foi estimada pelo intervalo de confiança de 95%, segundo os modelos assistenciais. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e porcentagem para as categóricas. As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. O teste de Shapiro-Wilk confirmou a normalidade na distribuição das variáveis.

Utilizou-se o teste Exato de Fisher para verificar a associação das variáveis sociodemográficas com o modelo assistencial de pessoas com dor musculoesquelética e associação das informações/condutas do prontuário dos indivíduos com dor musculoesquelética e aderência com o tipo de modelo assistencial. Para analisar as

características de dor musculoesquelética dos usuários por modelo assistencial no momento e após três meses foram usados Teste t pareado, Teste de Proporção e Qui Quadrado. Para todas as análises estatísticas, considerou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4. RESULTADOS

A Figura 3 apresenta a amostra do estudo. Das 687 pessoas, 669 (2% de perda amostral) foram estudadas, destas, 396 com dor musculoesquelética e destes, 191 (48,3%) com seguimento após 3 a 6 meses. As constantes mudanças na gestão regional da APS, a transição de modelos assistenciais nas UBS, defasagem de profissionais de saúde nos serviços e a centralização do cuidado no profissional médico foram determinantes na prorrogação do cronograma de coleta. Além disso, houve necessidade de interromper a coleta na UBS tradicional para possibilitar o follow-up de 3 a 6 meses respeitando o prazo até a finalização da dissertação.

Figura 3. Amostra do estudo

A prevalência estimada de dor em geral no momento da procura à UBS foi de 59,2% (IC_{95%}: 55,5%-63,0%). Observa-se que no follow-up (após 3 a 6 meses) houve melhora significativa na queixa de dor musculoesquelética em geral com 48,3% (IC_{95%}: 43,4%-53,3%). Nas UBS, apesar da melhora da queixa, mais da metade continua com dor musculoesquelética após 3 a 6 meses, no entanto apenas na Unidade integral esta melhora foi significativa (Figura 3).

Figura 4. Prevalência de dor musculoesquelética na demanda espontânea e após 3 a 6 meses, segundo os modelos de Atenção Primária à Saúde.

A Tabela 1 mostra que, dos 396 indivíduos que relataram dor musculoesquelética na demanda espontânea, 62,2% eram mulheres (com diferença significativa nas UBS em geral $p < 0,05$), na faixa etária entre 20 – 59 anos de idade (58,4%), trabalhadoras (57,7%) de serviços como por exemplo, diarista, babá, cabeleireira, balconista (59,7%), sem companheiro (56,6%), pardas (55,5%), que estudaram até o ensino médio (57,6%), com renda de 1 salário mínimo (60,0%) e de religião Católica (58,2%).

Tabela 1. Distribuição dos usuários com dor musculoesquelética de acordo com as características e modelos assistenciais. (Continua)

Características da Amostra	Modelo Assistencial					
	Tradicional	Programático	Saúde da Família	Misto	Integral	Total
	n=81 (%)	n=75 (%)	n=47 (%)	n=56 (%)	n=137 (%)	n=396 (%)
Idade (anos)						
jovens (18 - 19 anos)	0 (0,0)	3 (42,8)	1 (25,0)	0 (0,0)	8 (53,3)	12 (42,8)
adultos (20 - 59 anos)	51 (60,0)	55 (67,0)	26 (59,0)	42 (59,1)	109 (53,9)	283 (58,4)
idosos (≥ 60 anos)	30 (63,8)	17 (58,6)	18 (72,0)	14 (66,6)	20 (64,5)	99 (64,7)
<i>p*</i>	0,712	0,342	0,172	0,207	0,574	0,076
Sexo						
Masculino	19 (55,8)	10 (47,6)	12 (48,0)	11 (47,8)	42 (52,5)	94 (51,3)
Feminino	62 (63,2)	65 (67,1)	35 (70,0)	45 (62,5)	95 (56,5)	302 (62,2)
<i>p*</i>	0,540	0,133	0,079	0,233	0,586	0,013
Trabalha						
Sim	46 (56,8)	45 (67,1)	24 (63,1)	29 (51,7)	113 (55,6)	257 (57,7)
Não	35 (68,6)	30 (58,8)	23 (62,1)	27 (69,2)	23 (54,7)	138 (62,7)
<i>p*</i>	0,201	0,440	1,000	0,096	1,000	0,240
Ocupação						
Administrativos/Educadores/Servidores públicos	1 (33,3)	7 (53,8)	2 (50,0)	0 (0,0)	16 (44,4)	26 (44,0)
Serviços/Produção/Indústria/Manutenção	41 (58,7)	36 (70,6)	20 (64,5)	26 (54,1)	86 (57,3)	209 (59,7)
Autônomo	4 (50,0)	2 (66,6)	2 (66,6)	3 (60,0)	8 (53,3)	19 (55,8)
Não trabalha/sem remuneração	35 (68,6)	30 (58,8)	23 (62,1)	27 (69,2)	23 (54,7)	138 (62,7)
<i>p*</i>	0,389	0,506	0,937	0,079	0,576	0,076

Tabela 1. Distribuição dos usuários com dor musculoesquelética de acordo com as características e modelos assistenciais. (continuação)

Características da Amostra		Modelo Assistencial					
		Tradicional	Programático	Saúde da Família	Misto	Integral	Total
		n=81 (%)	n=75 (%)	n=47 (%)	n=56 (%)	n=137 (%)	n=396 (%)
Situação Conjugal							
Com companheiro		31 (58,5)	28 (68,3)	21 (75,0)	25 (73,5)	49 (57,6)	154 (64,0)
Sem companheiro		50 (63,3)	47 (61,0)	26 (55,3)	31 (50,8)	88 (54,0)	242 (56,6)
<i>p*</i>		0,590	0,547	0,138	0,049	0,594	0,072
Cor de pele							
Branca		35 (59,3)	28 (68,3)	16 (64,0)	15 (68,2)	52 (56,5)	146 (61,0)
Parda		32 (62,7)	26 (54,1)	13 (52,0)	28 (51,8)	58 (55,2)	157 (55,5)
Outras		14 (63,6)	21 (72,4)	18 (72,0)	13 (68,4)	27 (53,0)	93 (63,7)
<i>p*</i>		0,915	0,206	0,380	0,273	0,918	0,207
Escolaridade							
Sem instrução / ≤ 1 ano de estudo		1 (50,0)	2 (50,0)	3 (75,0)	2 (100,0)	5 (71,4)	13 (68,4)
Ensino fundamental ou equivalente		29 (69,0)	24 (58,5)	23 (69,7)	35 (63,6)	33 (58,0)	144 (63,1)
Ensino médio ou equivalente		38 (56,7)	35 (67,3)	18 (53,0)	18 (50,0)	79 (57,6)	188 (57,6)
Ensino superior/Pós graduação		13 (62,0)	14 (66,6)	3 (75,0)	1 (50,0)	20 (42,5)	51 (53,7)
<i>p*</i>		0,569	0,724	0,602	0,422	0,239	0,303
Renda							
1 salário mínimo		24 (58,5)	37 (58,7)	18 (62,0)	31 (66,0)	52 (57,7)	162 (60,0)
2 salários mínimos		26 (66,6)	22 (75,8)	9 (64,3)	8 (47,0)	26 (49,0)	91 (59,8)
3 salários mínimos ou mais		12 (54,5)	5 (55,5)	4 (50,0)	2 (50,0)	9 (32,1)	32 (45,0)
<i>p*</i>		0,588	0,242	0,850	0,400	0,059	0,069
Religião							
Sem religião		11 (73,3)	14 (70,0)	6 (75,0)	7 (53,8)	30 (56,6)	68 (62,4)

Católica Apostólica Romana	53 (67,0)	35 (54,7)	24 (60,0)	33 (59,0)	61 (53,0)	206 (58,2)
Evangélica	12 (48,0)	15 (75,0)	15 (62,5)	14 (60,8)	31 (58,5)	87 (60,0)
Outras	5 (38,4)	11 (78,5)	2 (66,6)	2 (66,6)	14 (53,8)	34 (57,6)
<i>p</i> *	0,083	0,187	0,923	0,961	0,926	0,877

Legenda: n= número de usuários, *Teste Exato de Fisher

conclusão

Conforme a Tabela 2, houve melhora considerável da dor musculoesquelética após 3 a 6 meses para todos os segmentos corporais coluna, MMSS e MMII. O local de dor mais referido pelos participantes foi a coluna, tanto no momento da procura (65,0%) quanto após 3 a 6 meses (29,2%), principalmente na UBS integral. Na UBS saúde da família o local mais referido no momento da procura foram os MMII. Para aqueles que relataram na demanda espontânea que tinham *dor difusa* (1,7; DP: 1,3 em média), ou seja, dor em mais de um local do corpo, também apresentaram redução (0,6; DP: 1,0 em média) da queixa após 3 a 6 meses, com redução mais expressiva na UBS Integral (momento: 1,8; DP: 1,4 em média / após: 0,3; DP 0,2 em média), e, em relação a *frequência*, verificou-se a diminuição de dias/semana que o participante relatou dor após (2,7; DP: 3,2 em média), quando comparado a frequência no momento (5,0; DP: 2,3 em média). Nestas variáveis a diferença foi significativamente maior ($p < 0,001$) em todas as UBS.

A *intensidade* da dor na crise foi considerada alta, visto que, a EVA os participantes em média informaram a nota 8,2 ($\pm 2,2$). Porém, a *intensidade no momento* foi considerada moderada pois no geral a média da nota foi 5,0. Logo, em comparação da intensidade de dor no momento e após 3 a 6 meses, houve diferença significativa no geral e principalmente nas UBS com modelo saúde da família, misto e integral ($p < 0,001$), a média da EVA variando de 3,1 a 1,8. Reiterado pelo *estado da dor*, que nas UBS em geral houve melhora dos estados melhorando, piorando e igual após 3 a 6 meses, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Também chamou a atenção a informação dos participantes sobre a *duração* da dor musculoesquelética, ou seja, há quanto tempo o indivíduo tem a queixa, com mediana de 1.924 dias (duração mínima = 0 dias; duração máxima = 18.250 dias) nos modelos assistenciais em geral. A melhora do *impacto no trabalho* aconteceu em todas as UBS, principalmente para os usuários do modelo Saúde da família, com diferença significativa entre o momento da procura e após ($p \leq 0,05$). E para a maioria dos participantes que responderam que a dor musculoesquelética os *impediam de realizar as atividades do dia-dia* no momento da procura, após 3 a 6 meses ocorreu uma evolução nesta queixa, sendo que a diferença foi significativamente maior para todas UBS ($p < 0,001$), principalmente nos modelos programático, saúde da família e integral. Observa-se que 33% dos indivíduos que tinham dor musculoesquelética no momento da procura, perceberam a *remissão da dor* após 3 a 6 meses.

Tabela 2. Distribuição e medidas descritivas dos usuários de demanda espontânea por modelo assistencial, segundo características de dor no momento e após 3 a 6 meses. (Continua)

Característica da Dor	Tradicional		Programático		Saúde da Família		Misto		Integral		Geral	
	No	Após 3-6	No	Após 3-6	No	Após 3-6	No	Após 3-6	No	Após 3-6	No	Após 3-6
	momento	meses	momento	meses	momento	meses	momento	meses	momento	meses	momento	meses
	(n=81)	(n=49)	(n=75)	(n=49)	(n=47)	(n=23)	(n=56)	(n=27)	(n=137)	(n=43)	(n=396)	(n=191)
	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)	n(%; IC95%) / x(DP)
Local												
Coluna	81(60,4; 49,8-71,1)	81(38,2; 27,6-48,8)	75(61,3; 50,3-72,3)	75(34,6; 23,9-45,4)	47(51,0; 36,7-65,3)	47(34,4; 20,4-47,5)	56(51,7; 38,6-64,8)	56(25,0; 13,6-36,3)	137(79,5; 72,8-86,3)	137(21,1; 14,3-28,0)	396(65,0; 60,2-69,5)	396(29,2; 24,8-33,7)
p**	0,002		<0,001		0,047		0,001		<0,001		<0,001	
MMSS	81(32,1; 22,0-42,2)	81(19,7; 11,0-28,4)	75(37,3; 26,3-48,2)	75(26,6; 16,6-36,6)	47(51,0; 36,7-65,3)	47(21,2; 9,5-33,0)	56(19,6; 9,2-30,0)	56(8,9; 14,6-16,3)	137(24,8; 17,5-32,0)	137(6,5; 2,4-10,7)	396(31,0; 26,5-35,6)	396(15,1; 11,6-18,6)
p**	0,036		0,080		0,001		0,052		<0,001		<0,001	
MMII	81(42,0; 31,2-52,7)	81(19,7; 11,0-28,4)	75(45,3; 34,0-56,7)	75(28,0; 17,8-38,1)	47(55,3; 41,1-69,5)	47(17,0; 6,2-27,7)	56(37,5; 24,8-50,1)	56(17,8; 7,8-27,8)	137(36,5; 28,4-44,5)	137(11,6; 6,3-17,0)	396(41,6; 36,8-46,5)	396(18,0; 14,1-21,7)
p**	0,001		0,013		<0,001		0,010		<0,001		<0,001	
Difusa												
1-7 locais de dor	1,5(±1,1)	0,3(±0,6)	1,8(±1,4)	1,2(±1,5)	1,9(±1,4)	0,8(±1,1)	1,1(±0,4)	0,5(±0,6)	1,8(±1,4)	0,3(±0,2)	1,7(±1,3)	0,6(±1,0)
p*	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
Frequência												
1-7 dias/semana	5,6(±2,2)	3,4(±3,3)	5,1(±2,3)	3,5(±3,1)	5,5(±2,1)	2,5(±3,2)	5,6(±2,2)	3,0(±3,3)	4,3(±2,4)	1,9(±2,9)	5,0(±2,3)	2,7(±3,2)
p*	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
Intensidade no momento												
EVA (0-10)	4,3(±3,2)	3,6(±3,8))	4,6(±2,7)	4,1(±3,9)	4,8(±3,5)	2,2(±3,2)	4,8(±3,0)	3,1(±3,7)	5,8(±2,8)	1,8(±3,1)	5,0(±3,0)	2,8(±3,6)
p*	0,064		0,087		<0,001		0,001		<0,001		<0,001	

Tabela 2. Distribuição e medidas descritivas dos usuários de demanda espontânea por modelo assistencial, segundo características de dor no momento e após 3 a 6 meses. (Continuação)

Intensidade na crise												
EVA (0-10)	8,4(±2,0)	-	8,0(±2,4)	-	7,9(±2,5)	-	8,0(±2,5)	-	8,3(±2,0)	-	8,2(±2,2)	-
Duração												
n° dias	3367,1 (±3704,6)	-	927,9 (±1415,3)	-	2998,1 (±4744,2)	-	1769,4 (±3316,1)	-	1310,8 (±2564,4)	-	1924,0 (±3233,9)	-
Estado da dor												
Melhorando	21(25,6)	11(21,5)	10(13,5)	18(33,3)	9(19,5)	6(24,0)	10(18,1)	8(25,0)	17(13,0)	17(31,0)	67(17,2)	60(27,6)
Piorando	22(26,8)	12(23,5)	20(27,0)	9(16,6)	7(15,2)	5(20,0)	21(38,1)	8(25,0)	37(28,2)	10(18,2)	107(27,6)	44(28,3)
Igual	39(47,5)	28(55,0)	44(59,4)	27(50,0)	30(65,2)	14(56,0)	24(43,6)	16(50,0)	77(58,7)	28(51,0)	214(55,1)	113(52,0)
p***	0,070		0,071		0,473		0,572		0,361		0,001	
Impacto no trabalho	46(56,5; 42,1-70,8)	31(42,0; 24,5-59,3)	47(68,0; 54,7-81,4)	37(56,7; 40,7-72,7)	25(52,0; 32,4-71,5)	10(2,0; 0,0- 4,4)	29(55,1; 37,0-73,2)	20(70,0; 50,0-90,0)	115(59,1; 50,1-68,1)	50(58,0; 44,3-71,6)	262(59,1; 53,2-65,1)	148(53,3; 45,3-61,4)
p**	0,104		0,142		0,042		0,852		0,446		0,128	
Impedido de realizar atividades do dia a dia	80(37,5; 26,8-48,1)	80(26,2; 16,6-36,0)	75(56,0; 44,7-67,2)	75(30,6; 20,2-41,1)	47(57,4; 43,3-71,5)	47(21,2; 9,5-33,0)	56(37,5; 24,8-50,1)	55(25,4; 14,0-37,0)	137(53,2; 45,0-61,3)	137(16,0; 10,0-22,2)	395(48,8; 44,0-53,7)	394(22,8; 18,7-27,0)
p**	0,063		<0,001		<0,001		0,086		<0,001		<0,001	
Percepção da remissão da dor	-	54(37,0; 21,7-52,3)	-	57(29,8; 17,5-42,0)	-	29(44,8; 25,5-64,0)	-	32(25,0; 0,9-40,8)	-	58(31,0; 18,7-43,3)	-	230(33,0; 26,6-39,4)

Legenda: n= número de usuários, n°= número de dias, IC= intervalo de confiança, DP= desvio padrão, MMSS= membros superiores, MMII= membros inferiores, EVA= Escala Visual Analógica, *Teste t pareado, **Teste de Proporção, ***Qui Quadrado.

O total de indivíduos para cada variável é diferente em função da ausência de respostas.

Conclusão

Dos usuários com dor musculoesquelética, a maioria procurou a unidade por outro motivo não relacionado com a dor em todas as UBS (64,8%). O diagnóstico (CID-10) demonstra o motivo da procura, sendo que na maioria dos modelos assistenciais foram outros diagnósticos não relacionados com a dor musculoesquelética, por exemplo Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes melitus, infecção de vias aéreas superiores (51,8%). Observa-se que na Unidade tradicional houve grande porcentagem de sem diagnóstico/sem registro no prontuário (79,1%). Dos indivíduos que relataram dor, verifica-se que as condutas na maioria das vezes não foram registradas no prontuário (34,3%) e o tipo de conduta mais escolhido é o medicamentoso (15,1%) em todas as UBS. Nas UBS mista (23,2%) e integral (24,8%) a preferência foi a prescrição de medicações, na UBS tradicional foi solicitação de exames (14,8%), na UBS programática as orientações gerais (32%) e UBS saúde da família, a marcação de consulta no serviço (25,5%). Os cuidados ficaram preferencialmente no nível assistencial caseiro em todas as UBS (36,3%), apenas no modelo tradicional na maioria das vezes o usuário foi encaminhado para o nível assistencial secundário (17,2%). A maior parte das pessoas (84,0%) referiram aderência/adesão às condutas prescritas pelos profissionais do serviço (Tabela 3).

E a Tabela 4 apresenta as condutas realizadas pelos usuários para o cuidado da dor musculoesquelética no momento da procura a UBS. Para o alívio da dor, os usuários preferencialmente alternavam as posturas entre sedestação, bipedestação e nos decúbitos nas UBS tradicional (44,4%) e mista (55,3%), porém nas demais não se adotou nenhum tipo de adaptação postural. A maioria das pessoas (58,3%) não mudou os hábitos posturais, como evitar pegar peso, para melhorar a queixa. O recurso mais utilizado foi a medicação como analgésicos, relaxantes musculares e anti-inflamatórios não esteroides (AINH) em 34,3% de todos os usuários das UBS em geral. Porém 49,2% não soube especificar a dosagem destas medicações. De acordo com o relato dos participantes a medicação também foi a conduta mais prescrita (35,1%), sendo que 44,7% não soube especificar quem indicou a conduta, mas nas UBS tradicional (39,5%) e saúde da família (42,5%) foi o médico da unidade.

Tabela 3. Associação das informações/condutas do prontuário dos indivíduos com dor musculoesquelética e aderência com o tipo de modelo assistencial. (Continua)

Informações/ condutas prontuário / Aderência	Modelo assistencial					
	UBS Tradicional (n=81)	UBS Programática (n=75)	UBS SF (n=47)	UBS Mista (n=56)	UBS Integral (n=137)	Geral (n=396)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Motivo da procura						
Dor musculoesquelética	3(16,7)	33(46,4)	9(25,7)	14(33,3)	24(27,6)	83(32,8)
Por outro motivo	13(72,2)	36(50,7)	25(71,4)	28(66,6)	62(71,2)	164(64,8)
Sem registro/evasão	2(11,1)	2(2,8)	1(2,8)	0(0,0)	1(1,1)	6(2,3)
<i>p*</i>			0,030			
Diagnóstico (CID-10)						
Dor musculoesquelética	0(0,0)	20(34,0)	10(29,4)	12(24,5)	12(15,8)	54(20,3)
Outros diagnósticos	10(20,8)	30(50,8)	23(67,6)	26(53,0)	49(64,4)	138(51,8)
Sem diagnóstico/registo/evasão	38(79,1)	9(15,2)	1(3,0)	11(22,4)	15(19,7)	74(27,8)
<i>p*</i>			<0,001			
Tipo de conduta						
Prescrição de medicação	5(6,1)	2(2,6)	6(12,7)	13(23,2)	34(24,8)	60(15,1)
Solicitação de exames	12(14,8)	8(10,6)	5(10,6)	12(21,4)	10(7,3)	47(11,8)
Encaminhamento para especialista	6(7,4)	4(5,3)	2(4,2)	4(7,1)	3(2,2)	19(4,8)
Encaminhamento para fisioterapia	0(0,0)	4(5,3)	1(2,1)	2(3,5)	0(0,0)	7(1,7)
Orientações gerais	4(5,0)	24(32,0)	5(10,6)	4(7,1)	8(5,8)	45(11,3)
Marcar consulta na UBS	5(6,1)	16(21,3)	12(25,5)	4(7,1)	17(12,4)	54(13,6)

Tabela 3. Associação das informações/condutas do prontuário dos indivíduos com dor musculoesquelética e aderência com o tipo de modelo assistencial. (continuação)

Informações/ condutas prontuário / Aderência	Modelo assistencial					
	UBS Tradicional (n=81)	UBS Programática (n=75)	UBS SF (n=47)	UBS Mista (n=56)	UBS Integral (n=137)	Geral (n=396)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Encaminhamento para grupos UBS	0(0,0)	1(1,3)	2(4,2)	1(1,8)	1(0,7)	5(1,2)
Atestado	0(0,0)	2(2,6)	1(2,1)	0(0,0)	8(5,8)	11(2,7)
Renovação receita	4(5,0)	3(4,0)	2(4,2)	0(0,0)	3(2,2)	12(3,0)
Sem registro/evasão	45(55,5)	11(14,6)	11(23,4)	16(28,5)	53(38,7)	136(34,3)
<i>p*</i>			<0,001			
Nível Assistencial da conduta						
Primário	11(13,5)	14(18,6)	9(19,1)	8(14,3)	21(15,3)	63(16,0)
Secundário	14(17,2)	20(26,6)	8(17,0)	15(26,8)	5(3,6)	62(15,6)
Caseiro	12(14,8)	33(44,0)	19(40,4)	17(30,3)	63(46,0)	144(36,3)
Sem registro/evasão	44(54,3)	8(10,6)	11(23,4)	16(28,5)	48(35,0)	127(32,0)
<i>p*</i>			<0,001			
Aderência						
Sim	7(87,5)	17(85,0)	10(91,0)	9(75,0)	15(83,3)	58(84,0)
Não	1(12,5)	3(15,0)	1(9,1)	3(25,0)	3(16,6)	11(16,0)
<i>p*</i>			0,918			

Legenda: UBS= Unidade Básica de Saúde, n= número de usuários, CID-10= Classificação Internacional de Doenças conclusão

*Teste Exato de Fisher

O total de indivíduos para cada variável é diferente em função da ausência de respostas.

Tabela 4. Distribuição em porcentagem das condutas realizadas pelos usuários com dor musculoesquelética por tipo de modelo assistencial. (Continua)

Conduta usuário	UBS Tradicional (n=81) n(%)	UBS Programática (n=75) n(%)	UBS Saúde da Família (n=47) n(%)	UBS Mista (n=56) n(%)	UBS Integral (n=137) n(%)	Geral (n=396) n(%)
Postura corporal adotada para alívio da dor						
Alternância de posturas	36(44,4)	21(28,0)	15(32,0)	31(55,3)	48(35,0)	151(38,1)
Alinhamento corporal	11(13,5)	10(13,3)	2(4,2)	1(1,8)	19(13,8)	43(10,8)
Adaptação ergonômica	9(11,1)	1(1,3)	1(2,1)	2(3,5)	1(0,7)	14(3,5)
Nenhuma	25(30,8)	43(57,3)	29(61,7)	22(39,3)	69(50,3)	188(47,4)
<i>p*</i> <0,001						
Mudança de hábito para alívio da dor						
Mudança de hábitos posturais	10(12,3)	22(29,3)	5(10,6)	10(17,8)	35(25,5)	82(20,7)
Realizar exercícios físicos	11(13,5)	9(12,0)	7(15,0)	4(7,1)	17(12,4)	48(12,1)
Adaptação ergonômica	0(0,0)	5(6,6)	0(0,0)	0(0,0)	6(4,3)	11(2,7)
Repouso	0(0,0)	5(6,6)	0(0,0)	1(1,8)	10(7,3)	16(4,0)
Afastamento/atestado	4(4,9)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,8)	3(2,2)	8(2,0)
Nenhuma	56(69,1)	34(45,3)	35(74,4)	40(71,4)	66(48,1)	231(58,3)
<i>p*</i> <0,001						
Recurso utilizado para alívio da dor						
Medicação	34(42,0)	24(32,0)	21(44,6)	19(33,4)	38(27,7)	136(34,3)
Dosagem						
Quando tem dor ou piora	26(32,1)	10(13,3)	14(29,8)	18(32,1)	33(24,1)	101(25,5)
Diariamente	8(10,0)	35(46,6)	3(6,3)	4(7,1)	24(17,5)	74(18,7)

Tabela 4. Distribuição em porcentagem das condutas realizadas pelos usuários com dor musculoesquelética por tipo de modelo assistencial.
(continuação)

Conduta usuário	UBS Tradicional (n=81)	UBS Programática (n=75)	UBS Saúde da Família (n=47)	UBS Mista (n=56)	UBS Integral (n=137)	Geral (n=396)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Por alguns dias / semanas ou dose única	4(5,0)	2(2,6)	3(6,3)	-	17(12,4)	26(6,5)
Não sabe / não soube especificar	43(53,1)	28(37,3)	27(57,4)	34(60,7)	63(46,0)	195(49,2)
<i>p*</i>			<i><0,001</i>			
Termoterapia/Crioterapia	7(8,6)	9(12,0)	7(15,0)	5(9,0)	17(12,4)	45(11,3)
Práticas populares/ <i>Folk</i>	5(6,1)	14(18,6)	4(8,5)	8(14,3)	19(13,8)	50(12,6)
Movimentar região acometida	3(3,7)	5(6,6)	2(4,2)	0(0,0)	4(3,0)	14(3,5)
Massagem	12(14,8)	6(8,0)	5(10,6)	12(21,4)	10(7,3)	45(11,3)
Outros recursos	0(0,0)	2(2,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,5)
Procura à UBS	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,8)	5(3,6)	7(1,7)
OPM	0(0,0)	1(1,3)	1(2,1)	1(1,8)	3(2,2)	6(1,5)
Nenhum	19(23,4)	14(18,6)	7(15,0)	10(17,8)	41 (30,0)	91(23,0)
<i>p*</i>			<i>0,055</i>			
Alguém indicou algum tipo de cuidado para a dor?						
Médico UBS	32(39,5)	16(21,3)	20(42,5)	14(25,0)	28(20,4)	110(27,8)
Especialista	26(32,1)	9(12,0)	10(21,3)	10(17,8)	14(10,2)	69(17,4)
Outros profissionais de saúde	3(3,7)	5(6,6)	2(4,2)	0(0,0)	2(1,4)	12(3,0)
Médico particular/convênio	6(7,4)	4(5,3)	2(6,4)	1(1,8)	9(6,5)	23(5,8)
Familiares/vizinhos	0(0,0)	1(1,3)	0(0,0)	2(3,5)	2(1,4)	5(1,2)
Não sabe / não soube especificar	14(17,3)	40(53,3)	12(25,5)	23(51,8)	82(60,0)	177(44,7)

Tabela 4. Distribuição em porcentagem das condutas realizadas pelos usuários com dor musculoesquelética por tipo de modelo assistencial.
(continuação)

Conduta usuário	UBS Tradicional (n=81)	UBS Programática (n=75)	UBS Saúde da Família (n=47)	UBS Mista (n=56)	UBS Integral (n=137)	Geral (n=396)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<i>p</i> *			<0,001			
Qual tipo de cuidado indicado para dor?						
Medicação	19(28,3)	10(29,4)	16(44,4)	10(37,0)	22(40,0)	77(35,1)
Exames complementares	11(16,4)	1(3,0)	1(2,7)	5(18,5)	3(5,4)	21(9,6)
Exercícios físicos	3(4,4)	3(8,8)	4(11,1)	2(7,4)	2(3,6)	14(6,4)
Encaminhamento para especialista	5(7,4)	4(11,7)	2(5,5)	4(14,8)	7(12,7)	22(10,0)
Encaminhamento para fisioterapia	17(25,3)	6(17,6)	4(11,1)	3(11,1)	9(16,3)	39(17,8)
Práticas integrativas e complementares	2(3,0)	1(3,0)	4(11,1)	-	5(9,0)	12(5,4)
Orientações gerais	8(12,0)	8(23,5)	5(14,0)	3(11,1)	4(7,2)	28(12,8)
Intervenção cirúrgica	2(3,0)	1(3,0)	-	-	3(5,4)	6(2,7)
<i>p</i> *			0,177			

Legenda: n= número de usuários; UBS= Unidade Básica de Saúde; OPM= órteses, próteses e meios auxiliares;
SF= Saúde da família; *Teste Exato de Fisher.

conclusão

O total de indivíduos para cada variável é diferente em função da ausência de respostas.

5. DISCUSSÃO

Apesar dos inúmeros estudos epidemiológicos sobre dor musculoesquelética em diversos países e continentes, todos são categóricos que estimar a prevalência dessas queixas tem sido um desafio. Pois além das variações nas populações, diferentes modelos de estudo, procedimentos de amostragem populacional e ferramentas de avaliação podem ser responsáveis por estimativas heterogêneas de prevalência^{11, 73, 74}.

Os dados deste estudo apresentaram a alta prevalência de dores musculoesqueléticas nas UBS em geral (59,2%), mesmo após 3 a 6 meses (48,3%). Este número é superior às estimativas de prevalência de estudos anteriores. Um trabalho multicêntrico realizado em 2006⁷⁵ em 15 países europeus e Israel, mostrou que a prevalência de dor musculoesquelética crônica varia de 12% a 30%, sendo mais alta na Noruega, Polônia e Itália e mais baixa na Espanha, Irlanda e Reino Unido. No Brasil, um estudo⁷⁶ recente de 2017 mostrou que a prevalência de dor crônica é de 39% na população brasileira. Em outro estudo, no município de São Paulo⁷⁷, em 2016, a prevalência de dor crônica nos paulistanos é de 29,1%. Dados obtidos em outros municípios e UBS, como em Santa Maria-RS⁷⁸ e Sorocaba-SP¹⁴, apresentaram prevalência de dor musculoesquelética crônica mais baixa do que o presente estudo, pode-se justificar essa discrepância devido baixa amostragem populacional nas duas pesquisas, com 45 e 40 indivíduos respectivamente.

A maioria dos participantes que relataram queixa de dor musculoesquelética na demanda espontânea eram: do sexo feminino, faixa etária entre 20 a 59 anos de idade, trabalhadoras, sem companheiro, escolaridade (ensino médio) e renda baixas (até 1 salário mínimo), o que está de acordo com trabalhos anteriores de diversas regiões do mundo sobre prevalência da dor musculoesquelética crônica^{75, 76, 79, 80, 81}.

As mulheres relataram mais dores musculoesqueléticas do que os homens (62,2% vs. 51,3%). De acordo com algumas revisões recentes, as mulheres têm maior sensibilidade à dor (níveis mais baixos de limiar e tolerância), ativam regiões cerebrais específicas em resposta a estímulos dolorosos e inibem a dor menos que os homens (diferença na modulação da dor endógena). Além disso, antecedentes pessoais, fatores psicossociais e hormonais,

principalmente estradiol, demonstraram aumentar o risco de ocorrência de dor no sexo feminino^{12, 82, 83}.

No presente estudo, a maioria dos indivíduos com dor musculoesquelética estava na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Corroborando outros resultados, que dizem que o maior aumento na prevalência de dor crônica ocorre durante a quarta ou quinta década de vida⁷⁷. Essa observação pode ser explicada principalmente pelo efeito cumulativo, que se torna mais prevalente com a idade avançada¹². Fatores que podem estar associados ao aumento da dor crônica com a idade incluem um aumento no número de doenças entre idosos e a progressão de alterações degenerativas no sistema musculoesquelético^{82, 83}.

O fato da maioria dos indivíduos com dor musculoesquelética trabalharem, contradiz o levantamento epidemiológico realizado em Portugal⁸⁰, onde os desempregados apresentaram maior risco para dor crônica e 49% afirmaram impacto no trabalho. Breivik et al. (2006)⁷⁵ verificaram que 22% dos europeus que relataram dor musculoesquelética crônica estavam desempregados e que 1 a cada 4 indivíduos disse que a dor afetou o emprego.

Tem sido argumentado na literatura que nenhum outro problema de saúde cause tanta incapacidade quanto a dor crônica⁸⁰. Podendo afetar todos os aspectos da vida cotidiana, desde responsabilidades domésticas/familiares, trabalho, vida social e atividades recreativas até as funções vitais mais básicas. Segundo Helfenstein et al. (2010)⁸⁴, a lombalgia ocupacional é a maior causa de transtorno de saúde relacionado com o trabalho e absenteísmo, sendo também a causa mais comum de incapacidade em trabalhadores com menos de 45 anos de idade. A incapacidade funcional faz com que os indivíduos apresentem dificuldades de realizar as atividades, tendo, muitas vezes, que se movimentar de modo lento e cuidadoso, o que faz com que queiram ficar em casa na maior parte do tempo^{85, 86}.

A alta prevalência da dor crônica no Brasil torna-a um problema de saúde pública, com um impacto socioeconômico importante. De acordo com dados Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)⁸⁷, em 2017 a dorsalgia foi a doença que mais afastou os brasileiros dos postos de trabalho. Foram 83,8 mil casos. Nos últimos dez anos, a enfermidade tem liderado a lista de doenças mais frequentes entre os auxílios-doença concedidos pelo INSS.

Em relação à escolaridade e renda, no presente estudo, a maioria dos indivíduos com dor musculoesquelética tinha baixa escolaridade (ensino médio) e ganhava até 1 salário mínimo. Ferreira et al. (2016)⁷⁷ sugerem que, independentemente do nível de desenvolvimento do país, pessoas com menor nível educacional apresentam maior risco de dor musculoesquelética crônica. A principal razão para isso é o comprometimento cognitivo dos indivíduos menos instruídos. Menor renda pode estar relacionada a condições inferiores de vida e trabalho, o que pode levá-los a empregos com maior risco de sobrecarga no corpo⁸⁸.

De acordo com a característica situação conjugal, 56,6% dos participantes deste estudo com dor musculoesquelética e em todos os modelos assistenciais, relatou estar sem companheiro(a). Corroborando os achados epidemiológicos de Eriksen et al. (2003)⁸⁹ na Dinamarca pessoas divorciadas ou separadas tiveram chances 1,5 vezes maiores de dor crônica quando comparados com os casados. Segundo resultados do estudo de Sá et al (2009)⁹⁰ em Salvador-BA, viúvos e separados apresentaram maior risco para dor crônica. E de acordo com Cabral et al. (2014)⁸² 62,2% dos paulistanos entrevistados que tinham dor musculoesquelética crônica, não eram casados.

A maioria das pessoas no presente estudo com dor musculoesquelética crônica (55,5%) se consideraram pardos pelo auto relato da cor da pele e católicos (58,2%). Confirmando os resultados do estudo em Salvador-BA⁹⁰, a maior parte da amostra foi constituída por pardos (43,9%). De acordo com os resultados de prevalência de dor crônica de Johannes et al. (2010)⁹¹, 81% dos americanos entrevistados se consideraram brancos não-hispânicos. Sabe-se que 65% da população brasileira é predominantemente da religião Católica Apostólica Romana⁶⁰. Existem variações étnicas nos estudos de prevalência e nos resultados destas condições relacionadas à dor, embora os mecanismos ainda serem pouco compreendidos⁸⁶. Apesar da maior parte dos estudos não associarem a característica religiosa com a prevalência de dor musculoesquelética, pode-se considerar a fé como prática popular de autocuidado e que muitas vezes favorece a prevenção, promoção da saúde e bem-estar⁹¹.

Em relação as características da dor, observou-se no presente estudo que o local de dor mais referido pelos participantes foi a coluna, seguido de MMII e MMSS, independente do modelo assistencial, com resultados satisfatórios de melhora e diferença significativa após 3 a 6 meses em todas as UBS. Este dado é afirmado por inúmeros trabalhos^{11, 80, 92, 93},

inclusive no estudo multicêntrico da Europa com 4.839 entrevistados, quase metade tinha dor nas costas e 40% nos joelhos⁷⁵. Català et al. (2002)⁹⁴, também relataram que a coluna e MMII foram os locais mais comumente envolvidos, e que a dor nas pernas e pés aumenta com o avançar da idade.

Os dados de dor difusa, frequência, intensidade e estado da dor, também apresentaram diferença significativa em todas as UBS, com resultados satisfatórios de melhora após 3-6 meses.

A média de duração da dor musculoesquelética nos modelos assistenciais no geral foi de 1.924 dias, ou seja, em torno de 5 anos. Semelhante aos resultados do estudo na cidade de São Paulo⁸², onde a duração da dor foi em média 6,6 anos e também do estudo multicêntrico europeu⁷⁵, que apenas 13% dos participantes sofriam de dor crônica há pelo menos 2 anos e mais de 55% apresentaram dor de 2 a 15 anos (mediana de 7 anos).

A frequência semanal da dor em todas as UBS foi reduzida consideravelmente de 5 dias na semana na procura, para 2 dias na semana em média após 3-6 meses. Para Mäntyselkä et al. (2003)⁹⁵ uma proporção considerável da população estudada apresentou dor crônica frequente ou persistente, indicando que 1 em cada 7 adultos na Finlândia tem dor crônica diária, e esta proporção aumentou com o avançar da idade.

A intensidade da dor é a característica mais comum avaliada na prática clínica, utilizando-se a EVA, pois é uma medida confiável, simples e rápida de aplicar e pode ser utilizada para acompanhar a progressão ou remissão da queixa². Neste estudo, a intensidade da dor na demanda espontânea foi em geral nota 5, e na crise foi relatada como intensidade nota 8,2. Esses resultados são corroborados por Breivik et al. (2006)⁷⁵ que relataram que dos 4.839 indivíduos, 66% estavam sofrendo de dor musculoesquelética crônica moderada (nota de 5 a 7) e 34% de dor intensa (nota de 8 a 10).

Estes dados, juntamente com a significativa melhora do estado da dor (principalmente dos estados piorando e igual) nas UBS em geral, ressaltam a remissão da dor musculoesquelética após 3 a 6 meses. Sendo que a melhora da queixa no follow-up foi significativa em todos os modelos assistenciais de APS, e principalmente na UBS integral. Apesar das características sociodemográficas serem parecidas com os outros modelos assistenciais e a forma de cuidado da dor musculoesquelética também, pressupõe que o

modelo Integral, conforme preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), vem cumprindo seu papel na organização de estratégias para o manejo da dor musculoesquelética, sendo mais resolutiva ao identificar os riscos, necessidades e demandas, com respostas adequadas na assistência, em tempo oportuno, com encaminhamento qualificado para a rede de atenção à saúde quando necessário⁴⁷.

Apesar da alta prevalência de dor musculoesquelética neste estudo, houve contradição com os resultados do motivo da procura às UBS, dado que a maioria dos indivíduos com dor musculoesquelética procuraram o serviço na demanda espontânea por outros motivos não relacionados a esta queixa. Para Smith et al. (2019)⁵², muitas pessoas que passam em consulta na APS por outras demandas, podem sofrer de dor crônica que muitas vezes não é relatada para o profissional de saúde no momento da procura, estes dados sobre dor crônica permanecem estatisticamente invisíveis. Aqueles que não estavam em tratamento no momento apontaram que conseguiram controlar a dor por conta própria, ou a dor não era ruim o suficiente ou a condição da dor estava melhor agora⁷⁵. Stanos et al. (2016)⁹⁶, relataram que algumas pessoas com dor crônica temem que o movimento e o exercício aumentem sua dor. No entanto, o temor da piora da dor ou lesão relacionada ao exercício é um dos preditores mais fortes de incapacidade para pessoas com dor musculoesquelética crônica.

Soma-se a isto, o importante achado no estudo sobre a falta de registro de diagnóstico e condutas nos prontuários dos indivíduos com dor musculoesquelética. Segundo Mata et al. (2011)²⁵, a dor e a incapacidade funcional são elementos subnotificados pela Atenção Primária no Brasil, principalmente por não terem padronização de registros nas Unidades Básicas de Saúde. Isso dificulta a identificação da real necessidade de saúde da população e o acesso dos profissionais e dos serviços de saúde que compõem a rede municipal⁹⁷.

Para Martinez et al. (2004)¹⁴, a ausência significativa de registro de hipótese nos prontuários pode refletir a dificuldade diagnóstica na área musculoesquelética do clínico da UBS ou ainda o mau preenchimento observado em parte dos prontuários. Esse dado corrobora os achados do presente estudo, que principalmente na UBS tradicional a maior parte (79,1%) não tinha registro de diagnóstico no prontuário, e, nas demais UBS os diagnósticos não tinham relação com a dor musculoesquelética.

Para Stanos et al. (2016)⁹⁶, o fato da dor musculoesquelética ser vista predominantemente como sintoma de outras patologias e a forma de classificação direcionada por inúmeros códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), reflete em diagnósticos raramente úteis, e consequentemente na escolha de tratamentos inapropriados. O predomínio de anti-inflamatórios, analgésicos e bloqueadores neuromusculares refletem a dificuldade diagnóstica observada, impedindo o estabelecimento de terapêutica modificadora da doença¹⁴.

Martinez et al. (2008)¹⁴ relataram no seu estudo que 31 pacientes (78%) desconhecem seu diagnóstico. Observou-se, que os exercícios eram apenas recomendados e não prescritos como deveriam ser, inclusive sem registro em prontuários dessa recomendação e nem tampouco sobre frequência, tipo e intensidade, informações extremamente necessárias nesse tipo de prescrição.

No presente estudo, os resultados mostraram que o cuidado da dor musculoesquelética, tanto pelo usuário quanto por indicação de algum profissional de saúde da UBS, foi de forma geral preferencialmente medicamentoso.

Carvalho et al. (2003)⁹⁸ mostraram que analgésicos e anti-inflamatórios são os medicamentos mais utilizados sem receita médica. Corroborando o estudo de prevalência no município de Pelotas-RS⁹⁹, que mostrou a preferência na utilização desses grupos farmacológicos. Segundo a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de brasileiros se automedicam. O fornecimento inadequado de medicamentos e o não cumprimento da apresentação obrigatória de prescrições médicas, juntamente com a baixa escolaridade geral, são os motivos mais citados para a alta frequência de automedicação no Brasil⁹⁸.

Para Babatunde et al. (2017)¹⁰⁰ intervenções farmacológicas, como injeções de corticosteróides (para dor no joelho e no ombro), mostraram-se opções de tratamento eficazes para o alívio da dor osteomuscular a curto prazo podendo ser associadas com tratamentos não farmacológicos. Anti-inflamatórios e opióides também oferecem benefícios a curto prazo para dores musculoesqueléticas, mas os potenciais efeitos adversos devem ser considerados.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013)¹⁰ mostraram que das pessoas que tinham algum problema crônico de coluna, 46,4% responderam que não faziam nenhum tipo de tratamento. Para aqueles que faziam, o mais citado foi o uso de medicamentos ou injeção (40,0%). Diferentemente dos resultados europeus de Breivik et al. (2006)⁷⁵, onde a maioria dos entrevistados (53%) não havia tomado analgésicos orais sem receita médica nos últimos seis meses e 36% haviam tomado um ou dois.

Apesar do alto custo do tratamento de pessoas com dor musculoesquelética crônica, nos EUA variam de US \$ 550 a 625 bilhões por ano, o alívio para muitos permanece evasivo e a completa eliminação da dor é rara. Porque mesmo com os avanços na ciência, desenvolvimento de potentes medicamentos analgésicos, cirurgias e outras intervenções médicas inovadoras, a efetiva redução da dor por estes procedimentos disponíveis é de 30 a 40% e isso ocorre em menos da metade dos pacientes tratados. Assim, a maioria das pessoas com condições dolorosas continua sentir uma dor significativa que prejudique sua qualidade de vida, causando incapacidade física e sofrimento emocional¹⁵.

Na revisão sistemática de Babatunde et al. (2017)¹⁰⁰ mostrou que as melhores evidências direcionam o manejo da dor musculoesquelética para tratamentos não farmacológicos, como educação em saúde, o autocuidado, cinesioterapia e intervenções psicossociais. Assim, entender as causas prováveis pode ajudar a orientar a seleção da terapia apropriada para cada indivíduo⁹⁶.

A adequada prescrição e utilização de medicamentos e escolha de terapias não medicamentosas, utilizando critérios científicos são os principais desafios atuais para o SUS⁹⁷. Porém estratégias adotadas e publicadas pelo MS para orientar os profissionais da Atenção Primária acerca da assistência e manejo da dor musculoesquelética, são incoerentes às evidências e diretrizes publicadas recentemente.

Dentre elas, cita-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para dor crônica, publicado em 2012 e retificado em 2015, afirmando que inexistem dados disponíveis no Brasil sobre a prevalência de dor crônica. A dor deverá ser classificada pelo CID-10 em: R52.1 dor crônica intratável ou R52.2 outra dor crônica. Indica também que os pacientes incluídos no protocolo para tratamento medicamentoso serão todos com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica)¹⁰¹.

Cita-se também as diretrizes de “Acolhimento à Demanda Espontânea” para dor crônica que são direcionadas para o tratamento medicamentoso e a restrição das atividades cotidianas, buscando suporte da equipe multiprofissional apenas quando o tratamento inicial não for resolutivo²⁹. É evidente o conflito entre as políticas públicas, pois em contrapartida a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS) corrobora para a integralidade da atenção à saúde, ampliando a oferta de ações em saúde e tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do autocuidado. Dentre as práticas previstas estão: homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, Reiki e Lian Gong¹⁰².

A maioria das diretrizes de dor lombar enfatiza a importância de considerar fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento da dor crônica¹⁰³. De acordo com as diretrizes de alta qualidade, a maioria dos pacientes com dor lombar aguda ou subaguda melhora ao longo do tempo, e independentemente do tratamento, médicos e pacientes devem optar por tratamento não farmacológico como calor superficial, massagem, acupuntura ou manipulação da coluna vertebral. Se o tratamento farmacológico for necessário, podem ser utilizados AINH ou relaxantes musculares; para pacientes com dor lombar crônica, os médicos e os pacientes devem selecionar inicialmente o tratamento não farmacológico como exercícios físicos, reabilitação multidisciplinar, acupuntura, Tai Chi, Yoga, relaxamento progressivo, laserterapia, terapia comportamental cognitiva ou manipulação da coluna vertebral¹⁰⁴.

As atuais diretrizes descrevem a avaliação e o manejo adequados de pacientes com diferentes condições de dor crônica. Vários fatores importantes que são observados nessas diretrizes e conhecidos pela maioria dos médicos, não são abordados ou implementados de maneira consistente, principalmente no âmbito da Atenção Primária⁹⁶.

Os modelos assistenciais estudados também mostraram divergências nas condutas prescritas pelo profissional de saúde, na UBS tradicional a preferência foi por solicitação de exames, a UBS programática priorizou condutas de orientações gerais (dieta, exercícios físicos, ingesta hídrica, compressas, repouso, etc.), na UBS saúde da família o retorno do

usuário para consulta agendada foi escolhida como principal conduta, e, nas UBS mista e integral a opção dos profissionais de saúde para cuidado da dor musculoesquelética foi a medicamentosa.

Martinez et al. (2004)¹⁴ mostraram que a modalidade terapêutica mais utilizada para o tratamento de dores crônicas em UBS é a medicamentosa. Além disso, houve baixa utilização de tratamentos não medicamentosos e exercícios físicos. Atualmente, os medicamentos utilizados no nível primário de atenção à saúde para o tratamento desta condição são, muitas vezes, inadequadamente indicados, em relação à classe de medicamento ou posologia, para a intensidade e cronicidade da dor apresentada pelo paciente. Não se pode deixar de mencionar a importância de uma equipe multidisciplinar no auxílio ao tratamento da dor crônica, normalmente inexistente nas UBS⁵⁹.

Conforme dados da UBS tradicional, o médico priorizou a solicitação de exames na média complexidade para o cuidado da dor musculoesquelética. Starfield (2002)¹ confirma que um sistema de saúde orientado para a especialidade ameaça o objetivo de equidade, pois nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde, visto que a atenção especializada é mais cara do que a Atenção Primária e, portanto, menos acessível para todos os indivíduos.

De acordo com Rodrigues (2001)⁵⁴ 40,5% das pessoas que procuraram o serviço de emergência hospitalar e 52,1% dos que foram a serviços especializados para cuidados “urgentes”, poderiam ser atendidos na Atenção Primária a Saúde. As visitas desnecessárias aos serviços hospitalares de emergência é um problema mundial. Isto se dá pelo desconhecimento que a população tem sobre os verdadeiros objetivos e funções dos serviços, soma-se a isto, uma visão precipitada de ser o local de maior possibilidade de atenção segura, rápida e eficaz, sem perceber o efeito negativo de sobrecarga e baixa resolutividade da média e alta complexidade.

Por isso com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), esperava-se no presente estudo, que a assistência e cuidado da dor musculoesquelética neste modelo assistencial, seriam direcionadas com ações e estratégias para a atenção integral do indivíduo, contando com apoio da equipe multiprofissional e no emponderamento dos usuários na busca de alternativas não farmacológicas para o tratamento da dor musculoesquelética, visando a

resolubilidade neste primeiro nível de atenção à saúde. Porém os resultados apresentaram contradições: pouco se diferenciou dos outros modelos, visto que o motivo e diagnóstico das pessoas com dor musculoesquelética não foram confirmadas para esta demanda e a principal conduta prescrita pelo médico da unidade foi o agendamento de consulta para retorno. Confirmado pelas condutas adotadas de autocuidado deste modelo, no qual os participantes não mudaram hábitos e nem adaptaram a postura para alívio da dor, a maioria se automedicou e não soube especificar a dosagem, também relataram que a conduta mais indicada pelos médicos da UBS foi a prescrição de medicação.

Estes resultados corroboram o estudo de Brito et al. (2018)¹⁰⁵ que embora as atividades de cura e reabilitação, no âmbito da Atenção Primária, sejam previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e inerentes ao trabalho em saúde, a predominância dessas práticas propicia a continuidade do modelo curativista, que ainda parece estar presente tanto na rede de atenção à saúde quanto nas práticas populares. Referem que a diversidade dos modelos assistenciais favorece disparidades na assistência. Por isso, mesmo reconhecendo os avanços alcançados com o SUS, ainda é possível perceber a persistência da dicotomia entre o cuidado curativo e a prevenção e promoção da saúde. Além do mais, a PNAB descreve genericamente características comuns e atribuições específicas das equipes para orientação de práticas assistenciais integrais¹⁰⁵. Santos et al. (2012)¹⁰⁶ e Araújo e Rocha (2009)¹⁰⁷ destacam que a ESF é capaz de proporcionar mudanças nas práticas em comparação aos modelos tradicionais.

É fundamental que o sistema de saúde brasileiro realize ações contínuas e integradas por meio do compromisso de políticas na Atenção Primária à Saúde, com implementação de acolhimento qualificado e de práticas inovadoras no âmbito deste nível de atenção¹⁰⁸. Para que isto ocorra estratégias vêm sendo discutidas na literatura, destas pode-se considerar a necessidade de um sistema de informação e codificação unificado.

Os registros ou prontuários eletrônicos são ferramentas de trabalho que promovem a padronização do registro dos atendimentos, podem permitir que os profissionais de saúde insiram e observem sistematicamente dados do paciente sobre as características de sua dor crônica (localização, duração e intensidade), seus aspectos emocionais e físicos, e, posteriormente podendo ser usado para monitorar a eficácia dos tratamentos ao longo do

tempo, além de facilitar a pesquisa epidemiológica e a avaliação das necessidades de saúde da população^{52, 96, 97}.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), implementado nas UBS na cidade de São Paulo a partir de 2011, é a informatização do sistema e do prontuário tradicional de papel, desempenhando uma função fundamental na qualidade da assistência. Outro fator importante é que sua utilização ocorre por todos os profissionais de diferentes níveis, respeitando as especificidades, por exemplo, a prescrição fica permitida somente a médicos, enfermeiras e dentistas. Porém a introdução do PEP nas unidades mostra-se complexa devido dificuldades na implantação do *software*, necessitando de recursos humanos, treinamento e atualizações dos profissionais de saúde, dificuldade na instalação da infraestrutura por precariedade das UBS, falta de equipamentos para informatização, necessidade de ampliação do acesso ao sistema para os profissionais do Nasf, que normalmente é feita apenas pelos profissionais das ESF^{97, 109}.

As intervenções não farmacológicas devem ser parte integrante de uma abordagem abrangente de tratamento e devem ser adaptadas às necessidades dos indivíduos. Tais intervenções incluem materiais educacionais de autocuidado, psicoterapia, fisioterapia, Medicina Tradicional Chinesa e combinações destes. É necessário identificar redes disponíveis, potenciais colaboradores e oportunidades de encaminhamento, a fim de expandir o acesso deles e de seus pacientes a terapias não farmacológicas⁹⁶.

O autocuidado também é considerado um fator importante no manejo da dor musculoesquelética crônica. Para isso, são necessários os princípios de autocuidado, educação em saúde com explicações sobre a dor crônica, apoio do profissional que acompanha o indivíduo, e também apoio familiar e social¹¹⁰. Bair et al. (2009)¹¹¹ descrevem algumas barreiras para o autocuidado: os pacientes percebem que seus médicos prescrevem medicamentos como a única modalidade para aliviar a dor, depressão e estresse afetam negativamente o autocuidado, os pacientes relatam que algumas práticas de autocuidado não funcionam ou não são adaptadas a eles e a falta de apoio social interfere no autocuidado.

Desta forma, o estudo europeu multicêntrico⁷⁵ mostrou que 69% dos entrevistados usaram métodos ou tratamentos não medicamentosos para a dor. Isso variou de 91% na Finlândia a 56% na Espanha. Os métodos mais comuns são massagem (30%), fisioterapia

(21%) e acupuntura (13%). Similarmente, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde¹⁰, das 27 milhões de pessoas que referiram algum problema crônico de coluna, em 18,9% dos casos, o tratamento consistiu na prática de exercício físico ou fisioterapia. A acupuntura foi utilizada por apenas 2,5% das pessoas com problemas de coluna e 4,4% indicaram praticar outro tipo de tratamento da doença. Corroborando os resultados de Souza et al. (2017)⁷⁶ a maioria dos entrevistados com dor musculoesquelética faz uso de terapias não farmacológicas para alívio da dor, como medicamentos caseiros, fisioterapia, relaxamento, acupuntura, medicina alternativa e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

A educação em saúde específica para dor crônica também é uma proposta de intervenção de grande aplicabilidade, desenvolvendo juntamente com os usuários, tarefas que possam auxiliar na identificação etiológica e cuidado¹¹. As recomendações para o cuidado da dor crônica na Atenção Primária à Saúde são amplas e contemplam o autocuidado, como por exemplo orientação postural nas atividades de vida diária e participação em grupos de atividade física e de práticas integrativas desenvolvidas pela unidade. E, ainda, reforça a importância da prevenção da dor por meio de exercícios e orientação às condições/atribuições do trabalho, além de encaminhamento para serviço de referência de Saúde do Trabalhador, quando a dor for em decorrência da ocupação. Caso não existam estas atividades, a orientação é a discussão com o Nasf para implementá-las⁵⁰.

Santos et al. (2012)¹⁰⁶, ao analisarem as práticas assistenciais de médicos e enfermeiros da ESF nas capitais Vitória, Florianópolis, Aracaju e Belo Horizonte, verificaram que a maior parte das atividades rotineiras desenvolvidas nesses municípios eram majoritariamente as ações individuais voltadas para grupos específicos e a demanda espontânea. Já as atividades de educação em saúde foram apontadas como realizadas diariamente por menos de um terço dos entrevistados.

Mata et al. (2011)⁵⁵ mostraram as vantagens no plano terapêutico de dor em serviços com articulação da Atenção Primária com as especialidades. Ações de promoção, prevenção e reabilitação devem estar próximas à população que as utilizam, sendo essas ações voltadas para as necessidades desses indivíduos.

Um dos grandes desafios da assistência à saúde é a interação dos usuários na assistência, ultrapassando as finalidades estritamente técnicas. Neste contexto, o conhecimento acerca dos itinerários terapêuticos pode trazer ricas contribuições através da participação dos usuários na assistência e no planejamento e desenvolvimento de linhas de cuidado⁵⁷.

Diante do exposto, é imprescindível que o sistema de saúde estabeleça políticas públicas que superem a fragmentação das práticas e estructurem sistemas logísticos, de apoio, regulação e governança através da Rede de Atenção à Saúde voltada para o manejo da dor musculoesquelética. Esta rede deverá ser estruturada em linhas de cuidado organizadas nos serviços de saúde garantindo o acesso ao atendimento integral e resolutivo^{112, 113}.

Considerando que a linha de cuidado da dor musculoesquelética deve ser contínua e longitudinal, estudos que contemplem amostras maiores e follow-up por mais tempo devem ser realizados, visando novas estratégias de cuidado da dor e fortalecimento das políticas públicas no sistema de saúde e nos diferentes modelos assistenciais. Como indicativo de limitação no estudo, considera-se a perda das informações de diagnóstico e conduta do prontuário do usuário por falta de preenchimento dos profissionais e a perda de seguimento no follow-up de 3 a 6 meses, mesmo na busca de contatos telefônicos atualizados e a padronização de 3 tentativas de ligação neste período.

6. CONCLUSÃO

A prevalência de dor musculoesquelética na demanda espontânea foi alta, com remissão após 3 a 6 meses em todas as UBS, entretanto metade delas continuaram com dor. Apesar da melhora da queixa ter sido significativa na UBS integral, todas as características sociodemográficas e de dor musculoesquelética, além das informações e condutas colhidas nos prontuários e autocuidado, foram parecidas com as demais UBS.

As frequências por local de dor e periodicidade (dias/semana), bem como a intensidade e estado da dor, melhoraram em todas as UBS. O impacto da dor no trabalho não apresentou diferença nas UBS, porém houve melhora em relação ao impedimento na realização das atividades rotineiras por causa da dor nas UBS em geral e para as UBS programática, saúde da família e integral.

Apesar da maior procura às UBS ser por outros motivos, quase 1/3 dos entrevistados procurou a unidade na demanda espontânea por causa da dor musculoesquelética. A menor procura por dor ME foi na UBS tradicional e a maior na UBS programática.

A medicalização foi a conduta mais frequente, variando de orientações gerais, solicitação de exames complementares e agendamento de consulta. O nível assistencial para tais condutas foi preferencialmente o caseiro, seguido do nível secundário. A medicação também foi a conduta de autocuidado mais frequente dos usuários em todos os modelos.

Logo, a linha de cuidado da dor musculoesquelética é semelhante entre os modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde. Considera-se essencial que sejam direcionadas estratégias para o cuidado integral da dor musculoesquelética, visto que a medicação resolve em parte a queixa, mas não é o suficiente para a remissão da dor.

Houve uma frequência alta de prontuários sem registro nas UBS em geral, reforçando a importância de um sistema de informação unificado, como o prontuário eletrônico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 725p.

²Casser HR, Schaible HG. Muskuloskeletaler Schmerz. Schmerz. 2015 Oct; 29(5):486-8, 490-5.

³Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Mukhtar NB, Lenoir D, Meeus M. Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. Pain Physician 2018; 21(6): 541-558.

⁴Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O'Hanlon J, McDonough SM. A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain—protocol. Systematic Reviews. 2014 Sep 19; 3:106.

⁵Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling. 2011 Dec; 85(3): e299–e310.

⁶Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, Andrade DCA, Bezerra SL, Figueiro JB, Okada M. Epidemiologia clínica da dor musculoesquelética. Rev. Med. (São Paulo). 2001; 80(ed. esp. pt.1):1-21.

⁷Hague M, Shenker N. How to investigate: Chronic pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2014 Dec; 28(6):860-874.

⁸Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015 Jun; 156(6):1003-1007.

⁹Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. Rev Bras Ortop. 2008;43(3):96-102.

¹⁰Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: 2014, p48-49.

¹¹Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet. 1999;354(9186):1248-52.

¹²Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2011 Apr; 25(2):173–183.

- ¹³Hartvigsen J, Davidsen M, Sogaard K, Roos EM, Hestbaek L. Self-reported musculoskeletal pain predicts long-term increase in general health care use: A population-based cohort study with 20-year follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014 Nov; 42(7): 698–704.
- ¹⁴Martinez JE, Macedo AC, Pinheiro DFC, Novato FC, Jorge CM, Teixeira DT. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor musculoesquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta fisiátrica* 2004; 11(2): 67-71.
- ¹⁵Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*. 2013 Jul; 111 (1): 19–25.
- ¹⁶Malta DC, Oliveira MM, Anfrade SSCA, Caiaffa WT, Souza MFMS, Bernal RTI. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2017;51(1):9p.
- ¹⁷Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev. dor [online]*. 2011 Dec; 12(4): 297-300.
- ¹⁸Bergman S. Management of musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007 Feb;21(1):153-66.
- ¹⁹Silva VRL, Menezes AMB, Noal RB. Sintomas articulares crônicos em adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: e determinantes. *Cad. Saúde Pública [online]*, Rio de Janeiro. 2009; 25(12):2571-2582.
- ²⁰Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4): 509-13.
- ²¹Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra e domicílios: síntese de indicadores. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2014; 102p.
- ²²Garcia JB, Hernandez-Castro JJ, Nunez RG, Pazos MA, Aguirre JO, Jreige A, Delgado W, Serpentegui M, Berenguel M, Cantemir C. Prevalence of Low Back Pain in Latin America: A Systematic Literature Review. *Pain Physician*. 2014; 17(5):379-391.
- ²³Molina J, Silva SGL, Teles FM, Fraga MM, LTSP, Bugni V, Terreri MTRA, Hilário MOE, Len CA. Dor musculoesquelética idiopática difusa na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):294-9.
- ²⁴Souza CS, Oliveira AS. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID-10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. *Fisioter. Pesq*. 2015;22(1):48-53.

- ²⁵Trippolini MA, Dijkstra PU, Jansen B, Oesch P, Geertzen JH, Reneman MF. Reliability of Clinician Rated Physical Effort Determination During Functional Capacity Evaluation in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *J Occup Rehabil*. 2014 Jun; 24(2):361–369.
- ²⁶Barbosa MA. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. *Rev. esc. Enferm. USP* [online]. 1995; 29(2): 133-40.
- ²⁷Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002; 11(1): 67-84.
- ²⁸Paim, JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ. 2ª ed. 2012; p547-573.
- ²⁹Leite RS, Santos APM, Lima CA, Ribeiro CDAL, Brito MFSF. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24(3), p. 323-329.
- ³⁰Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(6): 1869-1878.
- ³¹Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
- ³²Paim JS et al. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93p. Coleção Temas em Saúde. [Citado 18 fevereiro 2018]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>.
- ³³Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Seção II da saúde, parágrafo dos artigos 196 e 198. [Citado 02 julho 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- ³⁴Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(3): e00012219.
- ³⁵World Health Organization. Primary health care. [Citado 22 agosto 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=overview>.
- ³⁶Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYA. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3): 780-8.
- ³⁷Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(3): 457–502.

³⁸Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA. 2006; 3:237p.

³⁹Neto MMC. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno I: A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

⁴⁰Mendes EV. A construção Social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2014.[citado 15 setembro 2018]. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.

⁴¹Gil CRR, Maeda ST. Modelos de atenção à saúde no Brasil. [Citado 28 maio 2019]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br>.

⁴²Schraiber LB, Vilasbôas ALQ, Nemes MIB. Programação em Saúde e Organização das práticas: Possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1990.

⁴³Marsiglia RMG. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012; 20(3): 317-325.

⁴⁴Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2), 2007.

⁴⁵Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção básica no âmbito do SUS. [Citado 13 abril 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

⁴⁶Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(1): e00014216.

⁴⁷São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Fortalecendo a atenção básica no município de São Paulo: diretrizes operacionais: Unidade Básica de Saúde. São Paulo; SMS. 2016:43 p. tab.

⁴⁸Unidades da região Oeste em reforma para se transformarem em UBS Integral. [Internet]. [Citado 22 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=177626>.

⁴⁹Fink-Miller EL, Long DM, Gross RT. Comparing chronic pain treatment seekers in primary care versus tertiary care settings. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(5):594-601.

⁵⁰Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2(28):290p.

⁵¹Uhl RL, Roberts TT, Papaliodis DN, Mulligan MT, Dubin AH. Management of Chronic Musculoskeletal Pain. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014; 22(2):101-110.

⁵²Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain.* 2019;160(1):83-87.

⁵³Trindade KMC, Schmitt AB, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. *Fisioter Pesq.* 2013;20(3):228-234.

⁵⁴Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP, Acosta AS. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. *Rev cubana med.* 2001; 40(3):181-8.

⁵⁵Mata MS et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):221-230.

⁵⁶Esperança AC, Cavalcante RB, Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *REME – Rev. Min. Enf.* 2006; 10(1):30-36.

⁵⁷Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 2004. 2a. ed. São Paulo: HUCITEC.

⁵⁸Gryschek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado a gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. *Saúde Soc.* 2014; 23(2):689-700.

⁵⁹Camargo Neto AA, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(5):428-33.

⁶⁰Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010. [citado 4 de fevereiro de 2019]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf.

⁶¹Relatório de histórico cobertura Saúde da Família. [Internet]. [Citado 16 janeiro 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

⁶²Prefeitura de São Paulo. Estratégia de Saúde da família. [Internet] [citado 20 julho 2019]. Disponível em: www.capital.sp.gov.br/saude-e-bem-estar/estrategia-saude-da-familia-esf.

⁶³São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim CEInfo Saúde em Dados. 2019; 18:24p.

⁶⁴Norman, AH, Tesser, CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde e Sociedade. 2015; 24(1):165-179.

⁶⁵Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego: Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. [Citado 12 agosto 2018]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf.htm>>.

⁶⁶Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV De. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Ósteomusculares como medida de morbidade. Rev Saúde Pública. 2002; 36(3):307-12.

⁶⁷De Leon SP, Lara-Muñoz C, Feinstein AR, Wells CK. A comparison of three rating scales for measuring subjective phenomena in clinical research: II. Use of experimentally controlled visual stimuli. Arch Med Res. 2004; 35(1):43-8.

⁶⁸Caraviello E Z, Wasserstein S, Chamlian T R, Masiero D - Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. Acta fisiátrica. 2005; 12(1):11-14.

⁶⁹Frølund F, Frølund C. Pain in general practice. Pain as a cause of patient-doctor contact. Scand J Prim Health Care. 1986; 4(2):97-100.

⁷⁰Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. J Rheumatol. 1993; 20(4):710-3.

⁷¹Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. Pain 1998; 77(3):231-9.

⁷²Souza CS, Oliveira AS. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID-10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. *Fisioter Pesq.* 2015;22(1):48-53.

⁷³Björnsdóttir SV, Jónsson SH, Valdimarsdóttir UA. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scandinavian Journal of Rheumatology.* 2013; 42(1):59-70.

⁷⁴Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open.* 2016; 6(6): e010364.

⁷⁵Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain.* 2006; 10(4): 287–333.

⁷⁶Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, de Oliveira Junior JO, da Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Research and Management.* 2017; 2017:9 p.

⁷⁷Ferreira KASL, Bastos TRPD, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira MJ, Latorre MRDO. Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2016; 74(12):990-998.

⁷⁸Ruviaro LF, Filippin LI. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev. Dor.* 2012; 13(2):128-31.

⁷⁹Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain.* 2001; 89(2):127-134.

⁸⁰Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain.* 2012; 13(8):773-783.

⁸¹Saxena AK, Jain PN, Bhatnaga S. The Prevalence of Chronic Pain among Adults in India. *Indian J Palliat Care.* 2018; 24(4): 472–477.

⁸²Cabral DMC, Bracher ESB, Dylese JDPD, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain.* 2014;15(11):1081-1091.

⁸³Delarrosa MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(2):325-334.

- ⁸⁴Helfenstein M, Goldenfum MA, Siena C. Occupational low back pain. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010; 56(5):583-589.
- ⁸⁵Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med*. 2006; 7(1):60-70.
- ⁸⁶Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*. 2019; 123(2):273-283.
- ⁸⁷Saúde do trabalhador: Dor nas costas foi doença que mais afastou trabalhadores em 2017. [Internet]. Publicado em: 08/03/2018. [Citado 07 setembro 2019]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2018/03/saude-do-trabalhador-dor-nas-costas-foi-doenca-que-mais-afastou-trabalhadores-em-2017>.
- ⁸⁸Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Pública*. 2015; 49:73.
- ⁸⁹Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003; 106(3):221-228.
- ⁹⁰Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(4):622-630.
- ⁹¹Arcanjo GN, Valdés MTM, Silva RM. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2008; 13(2):2145-2154.
- ⁹²Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. *The Journal of Pain*. 2010; 11(11):1230-1239.
- ⁹³Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag*. 2002;7(4):179-84.
- ⁹⁴Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6(2):133-40.
- ⁹⁵Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003; 290(18):2435-42.

⁹⁶Stanos S, Brodsky M, Argoff C, Clauw DJ, D'Arcy Y, Donevan S, Gebke KB, Jensen MP, Lewis Clark E, McCarberg B, Park PW, Turk DC, Watt S. Rethinking chronic pain in a primary care setting. *Postgrad Med*. 2016;128(5):502-15.

⁹⁷Martins ACF, Paronetto CCL, Galindo C, Togashi GB. Implantação de Prontuário Eletrônico em Unidades de Saúde da Atenção Primária na Região de Campo Limpo, São Paulo. Universidade de São Paulo; 2013.

⁹⁸Carvalho MF et al. Utilização de medicamentos pela população brasileira, 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):100-108.

⁹⁹Bertoldi AD. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(2):228-38.

¹⁰⁰Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178621.

¹⁰¹Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Retificada em 27 de novembro de 2015 Revoga a Portaria nº 859/SAS/MS, de 04 de novembro de 2002. [Citado 30 agosto 2019]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/23/Dor-Cronica---PCDT-Formatado---com-escala-de-dor-LANSS.pdf>

¹⁰²Nascimento MVN. Práticas integrativas e complementares grupais nos serviços de saúde da atenção básica: possibilidades de diálogos com a educação popular. [Tese]. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.

¹⁰³Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Res Manag*. 2010;15(6):392-400.

¹⁰⁴Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514-530.

¹⁰⁵Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS. Trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativista. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3):975-99.

¹⁰⁶Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2012; 17(10):2687-2702.

¹⁰⁷Araujo MBSA, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1439-1452.

- ¹⁰⁸Rodrigues LBB, Silva PCS, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):343-352, 2014.
- ¹⁰⁹São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria Regional de Saúde Oeste. UBS Integral Jardim Edite participando da Implantação e Desenvolvimento do Prontuário Eletrônico do Paciente no Município de São Paulo. São Paulo; SMS. 2015; 4 p.
- ¹¹⁰Price C. Initial assessment and management of pain: a pathway for care developed by the British Pain Society. *British Journal of Anaesthesia*. 2014; 112(5):816-823.
- ¹¹¹Bair MJ, Matthias MS, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Kroenke K, Damush TM. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Med*. 2009;10(7):1280-90.
- ¹¹²Silva KF, Pucci VR, Flores TG, Giaretton DWL, Weiller TH, Concatto MEP, Damaceno AN. Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: relato de experiência. *Rev. APS*. 2018; 21(3): 470 – 477.
- ¹¹³Marinho CCC, Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(3):619-633.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa FMUSP e SMS-SP

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP </div> <div> </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista</p> <p>Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 60917916.5.0000.0065</p> <p>Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 1.781.749</p> <p>Apresentação do Projeto: Projeto metodologicamente bem elaborado, claro e viável.</p> <p>Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Identificar a linha de cuidado e resolutividade da dor musculoesquelética crônica a partir da demanda UBS com modelos assistências diferentes do município de São Paulo.</p> <p>Objetivo Secundário: Estimar a prevalência de demanda ativa das queixas musculoesqueléticas; Identificar o diagnóstico e decisão terapêutica da população atendida com dor musculoesquelética; Caracterizar a dor musculoesquelética na procura por tratamento e após três meses; Avaliar a adesão e aderência da decisão terapêutica;- Identificar o percurso do tipo de tratamento para dor musculoesquelética; Avaliar a resolutividade da dor musculoesquelética.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Risco Mínimo. Alguns usuários podem ficar desconfortáveis em responder alguma pergunta, entretanto, todos têm a possibilidade de não responder alguma pergunta ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.</p>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: PACAEMBU</td> <td style="border: none;">CEP: 01.246-903</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (11)3893-4401</td> <td style="border: none;">E-mail: cep.fm@usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36		Bairro: PACAEMBU	CEP: 01.246-903	UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)3893-4401	E-mail: cep.fm@usp.br
Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36								
Bairro: PACAEMBU	CEP: 01.246-903							
UF: SP	Município: SAO PAULO							
Telefone: (11)3893-4401	E-mail: cep.fm@usp.br							

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.781.749

Benefícios:

Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, não terão nenhuma despesa pessoal. Ao final os resultados serão entregues para a gestão dos equipamentos de saúde estudados e os pesquisadores contribuirão juntos para o planejamento de planejamento e organização de linha de cuidado à dor musculoesquelética.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área de saúde primária, viável e metodologicamente adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência, mas seria importante a pesquisadora declarar como receberá fundos para pagamento de despesas previstas, embora o montante seja mínimo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_707294.pdf	11/10/2016 15:04:58		Aceito
Outros	DocCepFmusp_comassinaturas.docx	11/10/2016 15:04:03	Angela Baroni de Góes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	05/10/2016 10:06:19	Ana Carolina Basso Schmitt	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	04/10/2016 13:51:38	Angela Baroni de Góes	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/10/2016 13:49:26	Angela Baroni de Góes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/10/2016 13:48:40	Angela Baroni de Góes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.doc	04/10/2016 13:42:05	Angela Baroni de Góes	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.781.749

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2016

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista

Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60917916.5.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.819.729

Apresentação do Projeto:

O cuidado da dor musculoesquelética crônica atualmente é um grande desafio para o sistema de saúde, dado os efeitos negativos sobre o bem-estar das pessoas e o custo para a sociedade. Apesar de várias estratégias para o cuidado da dor, não há linha de cuidado estabelecida, isto é, não há um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento da dor a serem ofertados de forma articulada pelo sistema de saúde, com base em protocolos clínicos.

Trata-se de um estudo transversal sobre a linha de cuidado da dor musculoesquelética para caracterizar o problema e o fluxo percorrido para o cuidado, bem como sua resolutividade. Acontecerá em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Saúde Escola: UBS Caxingui, UBS Integral Jardim Edite, UBS Jardim D'Abril, UBS Vila Dalva e Centro de Saúde Escola Samuel Banerley Pessoa. A população de referência a ser estudada será usuários que chegaram às unidades na demanda espontânea a partir de janeiro de 2017 com queixa de dor musculoesquelética. Participarão da pesquisa 633 sujeitos com as condições descritas. Para isso, a presença de dor será identificada pela UBS através de uma lista. Posteriormente os indivíduos serão reconhecidos pelo prontuário individual e serão contatados via telefone 7 dias e 90 dias após a busca pelo cuidado da dor musculoesquelética.

Os dados serão analisados usando o programa Stata, versão 12.0. A prevalência de dor será

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.819.729

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/10/2016 13:48:40	Angela Baroni de Góes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.doc	04/10/2016 13:42:05	Angela Baroni de Góes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.819.729

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Novembro de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:

CIDADE

CEP:..... TELEFONE:DDD(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA LINHA DE CUIDADO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRADICIONAL, INTEGRAL, SAÚDE DA FAMÍLIA, PROGRAMÁTICA E MISTA

2. PESQUISADOR: Ana Carolina Basso Schmitt

CARGO/FUNÇÃO: Fisioterapeuta INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº Crefito 3 - 29.994F

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos

1 - Convidamos você para participar dessa pesquisa de forma voluntária com o objetivo de entender a sua dor no corpo e como você foi orientado a cuidar e como os profissionais tratam da sua dor.

2 - Para tanto, faremos perguntas para você agora e depois de 90 dias por telefone como está sua dor (intensidade dela, quanto tempo você sente dor, o que fez e faz para melhorar a dor). As informações de sua idade, escolaridade, estado civil, cor da pele, trabalho, renda familiar e sua funcionalidade no dia a dia serão colhidas também. Além de hoje, ligaremos para você em três meses para saber como está sua dor no corpo.

3 - Esse estudo não terá nenhuma intervenção risco mínimo por fazer perguntas para você, mas caso não queira responder alguma é só dizer.

4 - O benefício desta pesquisa é entender melhor como as unidades de saúde cuidam das dores no corpo e assim melhorar a forma de tratamento para todos que usam a unidade.

5- Em qualquer momento do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal responsável é a Ana Carolina Basso Schmitt que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51 – Cidade Universitária CEP 05360-160 – São Paulo/SP e no Telefone. (11) 3091-7451/Fax (11) 3091-746. Se você tiver alguma consideração

ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21º andar – sala 36- CEP: 01246-000** Tel.: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

6- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

7- Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

8- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

9- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Linha de Cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista". Eu discuti com a Ana Carolina Basso Schmitt sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

Apêndice 3 – Questionário aplicado com os participantes da pesquisa

ID: _____	
<p>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Departamento de</p> <p style="text-align: right;"> </p> <p>Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional</p>	
Unidade	Dia
	___/___/___

Apresentação

Bom dia/tarde. Meu nome é **(DIGA O NOME)** sou Entrevistador (a) da Faculdade de Medicina da USP. Nós estamos fazendo uma pesquisa com as pessoas que procuram por atendimento nesta unidade, para entender melhor as questões de dor e funcionalidade em diferentes níveis assistenciais, gostaria de lhe fazer algumas perguntas, que ajudarão a entender melhor a sua queixa e os problemas associados a ela. Os resultados de todas as respostas dadas neste estudo, são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que **o (a) Sr°/Srª** responder, mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer. Pode ser que precisemos entrar em contato daqui 3 meses por telefone. Se o (a) Sr. (a) quiser ler o TCLE agora, fique à vontade. Assine aqui neste consentimento. (ASSINAR O TCLE).

Questionário Sócio demográfico

Nome Completo

Qual é o seu nome completo?

R:

N° CNS

Você está com a carteira do SUS? Posso anotar o número?

R:

Sexo

(Obs.: Em necessidade, confirmar por cartão SUS ou prontuário)

1. Mulher ☐

2. Homem ☐

Data de Nascimento

Em que dia mês e ano **O(a) Sr(a)** nasceu?

R: __/__/__		dd/mm/aaaa	
Telefone Pode por favor me passar 2 números de telefone?			
1 () _____		(xxx)nnnnnnnn	
2 () _____		(xxx)nnnnnnnn	
Estado Civil O (a) Sr (a) já viveu ou vive em companhia de cônjuge ou companheiro? Se sim, este casamento ou união continua ou acabou? Se acabou, o(a) Sr(a) se separou ou ficou viúva?			
Casado ☐	Solteiro ☐	Separado/divorciado ☐	Viúvo ☐
Cor de Pele O(a) Sr(a) se considera ...			
Branca ☐	Preta ☐	Amarela ☐	Parda ☐ Indígena ☐

Escolaridade O (a) Sr (a) foi à escola? Se sim, qual foi o curso mais elevado que frequentou e concluiu na escola?	
Não frequentou escola ☐	Não concluiu nem a 1º ano/ Pré ☐
1º ano/ Pré escola ☐	1ª série/ 2ºano ☐
2º série/3º ano ☐	3ª série/4º ano ☐
4ª série/5º ano ☐	5ª série/6º ano ☐
6ª série/7º ano ☐	7ª série/8º ano ☐
8ª série/9º ano ☐	1º colegial(científico) ☐
2º colegial (científico) ☐	3º colegial (científico) ☐
Superior de graduação (terceiro grau ou superior) ☐	Mestrado e/ ou doutorado ☐
Alfabetização de adultos ☐	Supletivo ministrado em escola ☐
Anos de Estudo Quantos anos o(a) Sr(a) frequentou a escola?	

R: <i>dados de contínuos</i>	
Trabalha atualmente? O(a) Sr(a) trabalha mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro (objetos, alimentos, roupas, favores, etc.), ou pensionista ou aposentada?	
1. Sim ☐	2. Não ☐
Ocupação Qual seu cargo ou função ou profissão ou ofício exercido atualmente?	
R: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">obs.: classificação brasileira de ocupações</div>	
Nº de moradores no domicílio Quantas pessoas moram com o (a) Sr (a) ? (Contando com você)	
R: <i>dados de contínuos</i>	

Renda Bruta e Per capita Qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos que moram com o(a) Sr(a) ?	
1. Renda Bruta R\$: _____	2. Renda Per capita R\$:- _____ (calcular depois)
Religião O (a) Sr (a) tem alguma religião? Se sim, qual destas? Se outra, qual religião seria?	
Sem religião ☐	Católica apostólica romana ☐
Evangélica de missão ☐	Evangélica de origem pentecostal ☐
Outras evangélicas ☐	Espírita ☐
Umbanda ou candomblé ☐	Testemunha de Jeová ☐
s: _____	

O(a) Sr/Srª tem alguma dor no corpo?	
1. Sim ☐	2. Não ☐ FIM DA ENTREVISTA

	<i>Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.</i>
--	---

Questionário de Dor	
Impacto no Trabalho 7 dias	
Nos últimos 7 dias, a sua dor no corpo impactou negativamente no seu trabalho?	
1. Sim ☐	2. Não ☐

Questionário Nórdico 7 dias
NOS ÚLTIMOS 7 DIAS VOCÊ FOI IMPEDIDO DE REALIZAR ATIVIDADES DO DIA A DIA COMO POR EXEMPLO: TRABALHAR, ATIVIDADES DOMÉSTICAS E DE LAZER POR CONTA DA DOR NO... (Imagem do Nórdico)		NOS ÚLTIMOS 7 DIAS VOCÊ CONSULTOU ALGUM PROFISSIONAL DA SAÚDE (MEDICO, ENFERMEIRO, FISIOTERAPEUTA) POR CONTA DA DOR NO... (Imagem do Nórdico)	
	Sim	Não	Sim	Não
Pescoço	☐	☐	☐	☐
Ombro	☐	☐	☐	☐
Região Dorsal	☐	☐	☐	☐
Cotovelo	☐	☐	☐	☐
Antebraço	☐	☐	☐	☐
Punho/mãos/Dedos	☐	☐	☐	☐
Região Lombar	☐	☐	☐	☐
Quadril/Coxa	☐	☐	☐	☐
Joelho	☐	☐	☐	☐
Tornozelo/Pé	☐	☐	☐	☐

Pescoço	
	Dor

Você tem dor no Pescoço agora?	Sim ☐	Não ☐	
Esta dor no Pescoço é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐	Não ☐	
Qual é o nível / intensidade de dor no pescoço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no pescoço no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor no pescoço?	Frequência (1 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no pescoço? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: _____ dias ou _____ Meses ou ____ Anos		
A sua dor no pescoço vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Melhorando ☐	Piorando ☐	Igual ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no pescoço?			
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no pescoço. ☐		
	Qual(s) _____		
Conduta do Usuário	Mudou algum hábito: ☐		
	Qual(s)? _____		

	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____		
Por quem? _____			
Ombro			
Você tem dor no ombro?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
Esta dor no ombro é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐	Não ☐	
Qual é o nível / intensidade de dor no ombro nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no ombro no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no ombro?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no ombro?	Duração		
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos		

(Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	
---------------------------------------	--

A sua dor no ombro vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Melhorando ☐	Piorando ☐	Igual ☐

Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no ombro?	
Conduta do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no ombro: ☐ Qual(s) _____
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____

Região Dorsal	
Você tem dor na região dorsal?	Dor
	Sim ☐ Não ☐
Esta dor na região dorsal é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐ Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor na região dorsal nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é	EVA no momento (0-10)
	R: _____

a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)			
Qual foi o nível / intensidade de dor na região dorsal no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor na região dorsal?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor na região dorsal? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		
A sua dor na região dorsal vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Melhorando ☐	Piorando ☐	Igual ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor na região dorsal?			
Condutas do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no pescoço. ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		

Cotovelo		
Você tem dor no cotovelo agora?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐

Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
Esta dor no cotovelo é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐		Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor no cotovelo nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no cotovelo no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no cotovelo?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no cotovelo? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		
	Estado da Dor		

A sua dor no cotovelo vem melhorando, piorando ou está igual?	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no cotovelo?			
Condutas do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no cotovelo: ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Antebraço			
Você tem dor no antebraço agora?	Dor		
	Sim ☐		Não ☐
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
Esta dor no antebraço é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐		Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor no antebraço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no antebraço no momento da crise (Pico de	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		

dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no antebraço?	Frequência (1 a 7 dias)
	R: _____
Desde quando você tem dor no antebraço? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos

A sua dor no antebraço vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no antebraço?			
Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no antebraço: ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Punhos/Mãos/Dedos			
	Dor		

Você tem dor nos punhos/mãos/dedos agora?	Sim ☐		Não ☐
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
Esta dor no punhos/mãos/dedos é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐		Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor nos punhos/mãos/dedos nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor nos punhos/mãos/dedos no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no punhos/mãos/dedos?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor nos punhos/mãos/dedos? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		

A sua dor no punhos/mãos/dedos vem	Estado da Dor		
	Igual	Melhorando	Piorando

melhorando, piorando ou está igual?	☐	☐	☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no punhos/mãos/dedos?			
Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no punhos/mãos/dedos: ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Região Lombar			
Você tem dor na região lombar agora?	Dor		
	Sim ☐		Não ☐
Esta dor na região lombar é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐		Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor na região lombar nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor na região lombar no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		

dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor na região lombar?	Frequência (1 a 7 dias)
	R: _____
Desde quando você tem dor na região lombar? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos

A sua dor na região lombar vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor na região lombar?			
Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor na região lombar: ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Quadril/Coxa			
Você tem no quadril/coxa agora?	Dor		
	Sim ☐		Não ☐

Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
Esta dor no quadril/coxa é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐		Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor no quadril/coxa nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no quadril/coxa no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no quadril/coxa?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no quadril/coxa? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		

A sua dor no quadril/coxa vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no quadril/coxa?			

Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor quadril/coxa: ☐	
	Qual(s) _____	
	Mudou algum hábito: ☐	
	Qual(s)? _____	
	Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐	
	Qual(s)? _____	
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____	
	Por quem? _____	
Joelho		
Você tem no joelho agora?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade	
	Direito ☐	Esquerdo ☐ Ambos ☐
Esta dor no joelho é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐	Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor no joelho nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)	
	R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor no joelho no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)	
	R: _____	

Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no joelho?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no joelho? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		

A sua dor no joelho vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no joelho?			
Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor joelho: ☐ Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Tornozelo/Pé			
Você tem no tornozelo/pé agora?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐

Esta dor no tornozelo/pé é o motivo da procura por atendimento?	Sim ☐	Não ☐
Qual é o nível / intensidade de dor no tornozelo/pé nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)	
	R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor no tornozelo/pé no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)	
	R: _____	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no tornozelo/pé?	Frequência (1 a 7 dias)	
	R: _____	
Desde quando você tem dor no tornozelo/pé? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração	
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos	

A sua dor no joelho vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no tornozelo/pé?			
Cuidados do usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no tornozelo/pé: ☐		
	Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐		

	Qual(s)? _____
	Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ _____ Por quem? _____

QUESTIONÁRIO DE DOR		
OBS: INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO		
Número de Matrícula: _____		
Data da Coleta das informações do Prontuário: ____/____/____		
Diagnostico		
CID: _____ ou CIAP: _____		
Não diagnosticado		
Conduta da Equipe		
a. Anotar as condutas observadas da Demanda no Acolhimento. (Ex: Agendamento, Orientações na recepção)		
b. Anotar as do Prontuário		
Conduta	Profissional	Se houve encaminhamento, escrever o(s) nome(s) do(s) local(ais)
Exemplo: Usuário se queixando de forte dor lombar, recebeu orientação para procurar o pronto socorro do Hospital Universitário.	Recepcionista	Nome do local: HUUSP _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐

1.	1.	Nome _____ do local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐
2.	2.	Nome _____ do Local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐
3.	3.	Nome do local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐

Finalização da entrevista/ Agradecimento

Muito obrigado (a) pela sua disposição em responder estas perguntas, suas respostas serão de grande ajuda para desenvolver o estudo e também para entender melhor a sua dor no corpo. Nós iremos retornar para você daqui a 3 meses por telefone, para saber qual foi o desfecho desta sua procura por atendimento e também para saber como estará a sua dor no corpo

Obrigada e até breve.

Retorno da Ligação

Alô gostaria de falar com o (a) Sr/Srª _____ sou pesquisadora da Faculdade de Medicina da USP, estou entrando em contato com o (a) Sr/Srª, por que a cerca **3 meses** atrás você procurou atendimento na unidade _____, por causa de uma queixa de dor no corpo. Na ocasião, foram feitas algumas perguntas de uma pesquisa que busca entender melhor a dor no corpo e o atendimento em diferentes modelos de assistência à saúde, pois bem, estou retornando por telefone, para que a gente possa concluir a pesquisa. Irei fazer novamente algumas perguntas, é muito importante a sua colaboração. Tudo bem?

QUESTIONÁRIO DE DOR – 90 dias

OBS: INFORMAÇÕES PELO TELEFONE

Data: ____/____/____

Questionário Nórdico 90 dias

NOS ÚLTIMOS 3 MESES VOCÊ FOI IMPEDIDO DE REALIZAR ATIVIDADES DO DIA A DIA COMO POR EXEMPLO: TRABALHAR, ATIVIDADES DOMÉSTICAS E DE LAZER POR CONTA DA DOR NO... (Vou citar os locais e você me responde Sim ou Não)		NOS ÚLTIMOS 3 MESES VOCÊ CONSULTOU ALGUM PROFISSIONAL DA SAÚDE (MÉDICO, ENFERMEIRO, FISIOTERAPEUTA) POR CONTA DA DOR NO... (Vou citar os locais e você me responde Sim ou Não)	
	Sim	Não	Sim	Não
Pescoço	☐	☐	☐	☐
Ombro	☐	☐	☐	☐
Região Dorsal	☐	☐	☐	☐
Cotovelo	☐	☐	☐	☐
Antebraço	☐	☐	☐	☐
Punho/mãos/Dedos	☐	☐	☐	☐
Região Lombar	☐	☐	☐	☐
Quadril/Coxa	☐	☐	☐	☐
Joelho	☐	☐	☐	☐
Tornozelo/Pé	☐	☐	☐	☐

Pescoço

Você teve dor no Pescoço nos últimos 3 meses?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐
	Estado da Dor	

<p>A sua dor no pescoço vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais?</p> <p>Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.</p>	<p>Igual</p> <p>☐</p>	<p>Melhorando</p> <p>☐</p>	<p>Piorando</p> <p>☐</p>
<p>Qual é o nível / intensidade de dor no pescoço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.</p>	<p>EVA no momento (0-10)</p> <p>R: _____</p>		
<p>Qual foi o nível / intensidade de dor no pescoço no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.</p>	<p>EVA na crise (0-10)</p> <p>R: _____</p>		
<p>Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no pescoço?</p>	<p>Frequência (1 7 dias)</p> <p>R: _____</p>		
<p>Desde quando você tem dor no pescoço?</p> <p>(Obs: Atenção aos dias, meses e anos)</p>	<p>Duração</p> <p>R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos</p>		
<p>Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no pescoço?</p>			
<p>Conduta do Usuário</p>	<p>Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no pescoço. ☐</p> <p>Qual(s) _____</p>		
	<p>Mudou algum hábito: ☐</p> <p>Qual(s)? _____</p>		
	<p>Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐</p>		

	Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor:		
	Qual(s)? _____ ☐		
	Por quem? _____		
Ombro			
Você teve dor no ombro nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no ombro vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor no ombro nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no ombro no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no ombro?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no ombro?	Duração		
	R: _____ dias ou		

(Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	_____ Meses ou ____ Anos	
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no ombro?		
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no ombro: ☐ Qual(s) _____	
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____	
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____	
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: Qual(s)? _____ ☐ Por quem? _____	
Região Dorsal		
Você teve dor na região dorsal nos últimos 3 meses?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐
A sua dor na região dorsal vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor	
	Igual ☐	Melhorando ☐
Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor na região dorsal nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)	
	R: _____	
EVA na crise (0-10)		

Qual foi o nível / intensidade de dor na região dorsal no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	R: _____	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor na região dorsal?	Frequência (1 a 7 dias)	
	R: _____	
Desde quando você tem dor na região dorsal? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração	
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos	
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor na região dorsal?		
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor na região dorsal: ☐	
	Qual(s) _____	
	Mudou algum hábito: ☐	
	Qual(s)? _____	
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐	
	Qual(s)? _____	
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐	
	Qual(s)? _____	
	Por quem? _____	
Cotovelo		
Você teve dor no cotovelo nos últimos 3 meses?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade	

	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no cotovelo vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor no cotovelo nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no cotovelo no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no cotovelo?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no cotovelo? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: _____ dias ou _____ Meses ou ____ Anos		
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no cotovelo?			
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no cotovelo. ☐		
	Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____		

	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: Qual(s)? _____ ☐ Por quem? _____		
Antebraço			
Você teve dor no antebraço nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no antebraço vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor no antebraço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no antebraço no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no antebraço?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		

Desde quando você tem dor no antebraço? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração	
	R: _____ dias ou _____ Meses ou ____ Anos	
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no antebraço?		
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no antebraço: ☐ Qual(s) _____	
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____	
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____	
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____ Por quem? _____	
Punho/mãos/Dedos		
Você teve dor no punho/mãos/dedos nos últimos 3 meses?	Dor	
	Sim ☐	Não ☐
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade	
	Direito ☐	Esquerdo ☐ Ambos ☐
A sua dor no punho/mãos/dedos vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor	
	Igual ☐	Melhorando ☐
	Piorando ☐	
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____	

Qual é o nível / intensidade de dor no punho/mãos/dedos nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)
	R: _____
Qual foi o nível / intensidade de dor no punho/mãos/dedos no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)
	R: _____
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no punho/mãos/dedos?	Frequência (1 a 7 dias)
	R: _____
Desde quando você tem dor no punho/mãos/dedos? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no punho/mãos/dedos?	
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no punho/mãos/dedos: ☐ Qual(s) _____
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: Qual(s)? _____ ☐ Por quem? _____

Região Lombar			
Você teve dor na região lombar nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
A sua dor na região Lombar vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor na região lombar nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor na região lombar no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor na região lombar?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor na região lombar? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos		
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor na região lombar?			
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor na região lombar. ☐ Qual(s) _____		

	Mudou algum hábito: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Por quem? _____		
Quadril/Coxa			
Você teve dor no quadril/coxa nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no quadril/coxa vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor no quadril/coxa nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no quadril/coxa no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		

Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no quadril/coxa?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no quadril/coxa? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos		
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no quadril/coxa?			
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no quadril/coxa. ☐		
	Qual(s) _____		
	Mudou algum hábito: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐		
	Qual(s)? _____		
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐		
	Qual(s)? _____ Por quem? _____		
Joelho			
Você teve dor no joelho nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐		Não ☐
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no joelho vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		

deixou de sentir essa dor. Dias ou meses.	
Qual é o nível / intensidade de dor no joelho nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)
	R: _____

Qual foi o nível / intensidade de dor no joelho no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)
	R: _____
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no joelho?	Frequência (1 a 7 dias)
	R: _____
Desde quando você tem dor no joelho? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no joelho?	
Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no joelho ☐ Qual(s) _____
	Mudou algum hábito: ☐ Qual(s)? _____
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐ Qual(s)? _____
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐ Qual(s)? _____

	Por quem? _____		
Tornozelo/Pé			
Você teve dor no tornozelo/pé nos últimos 3 meses?	Dor		
	Sim ☐	Não ☐	
Se sim, de qual lado foi a dor?	Lateralidade		
	Direito ☐	Esquerdo ☐	Ambos ☐
A sua dor no tornozelo/pé vem melhorando, piorando, está igual ou não tem mais? Obs: Se não tem mais, perguntar a quanto tempo deixou de sentir essa dor. Dias ou meses	Estado da Dor		
	Igual ☐	Melhorando ☐	Piorando ☐
	Não tem mais. ☐ Há quanto tempo não tem mais: _____		
Qual é o nível / intensidade de dor no tornozelo/pé nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no tornozelo/pé no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável.	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no tornozelo/pé?	Frequência (1 a 7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no tornozelo/pé? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos		
Nos últimos 3 meses, quais medidas o(a) Sr/Sr.ª utilizou para tratar / cuidar da sua dor no tornozelo/pé?			

Conduta do Usuário	Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no tornozelo/pé. ☐
	Qual(s) _____
	Mudou algum hábito: ☐
	Qual(s)? _____
	Utilizou algum recurso que ajuda(ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: ☐
	Qual(s)? _____
	Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: ☐
	Qual(s)? _____
	Por quem? _____

Resolutividade 90 dias

Você procurou a unidade há 3 meses atrás por conta da dor no **(local motivo da procura)**. Na sua percepção, o seu problema foi resolvido?

1. Sim ☐

2. Não ☐

Impacto no Trabalho 90 dias

Nos últimos 3 meses, a sua dor no corpo impactou negativamente no seu trabalho?

1. Sim ☐

• Não ☐

Aderência

Você seguiu de acordo com **as/os** orientações/recomendações/procedimentos dados pelo(s) profissional(ais) que te atenderam há 3 meses atrás? responda sim ou não

Obs: Perguntar as mesmas condutas da parte **Conduta da Equipe** e se aderiu ou não.

Conduta	Profissional	Aderência	
		Sim	Não
Exemplo: Orientação para procurar um PS ☐	Recepcionista		

1. ☐	1.		
2. ☐	2.		
3. ☐	3.		

Conduta da Equipe 90 dias –Prontuário		
Conduta	Profissional	Nível Assistencial-90 dias. Se houve encaminhamento, escrever o(s) nome(s) do(s) local(ais)
1.	1.	Nome do Local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐
2.	2.	Nome do Local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐
3.	3.	Nome do Local: _____ 1. Atenção Primaria ☐ 2. Média Complexidade ☐ 3. Alta complexidade ☐

Finalização da Ligação/ Agradecimento
Agradeço a sua colaboração com a nossa pesquisa, suas respostas foram de grande importância. Muito obrigada