

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da
Saúde

ROBERTA AOQUI TANAKA

**PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O
CUIDADO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Santos
2019

ROBERTA AOQUI TANAKA

**PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O
CUIDADO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora : Profa. Dra. Patrícia Rios Poletto

Santos
2019

ROBERTA AOQUI TANAKA

**PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O
CUIDADO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora : Profa. Dra. Patrícia Rios Poletto

Aprovado em: 02/12/2019

Banca examinadora:

Prof.(a) Dr.(a): FERNANDA FLÁVIA COCKELL
Universidade Federal de São Paulo

Prof.(a) Dr.(a): LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER
Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública

Prof.(a) Dr.(a): ROSILDA MENDES
Universidade Federal de São Paulo

Suplente Prof.(a) Dr.(a): DEBORA CRISTINA BERTUSSI
Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T 161p Aoqui Tanaka, Roberta .
 Percepções sobre dor crônica e o cuidado à saúde na
 atenção básica. / Roberta Aoqui Tanaka; Orientadora
 Patrícia Poletto. -- Santos, 2019.
 84 p. ; 30cm

 Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
 Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
 Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

 1. Dor Crônica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
 Educação em Saúde. 4. Autocuidado. 5. Doença Crônica.
 I. Poletto, Patrícia, Orient. II. Título.

CDD 610.7

Agradecimentos

À minha família, em especial minha mãe Beth, por estar sempre ao meu lado me apoiando em toda a minha trajetória de vida e trabalho, alegrias e tristezas, e nos muitos desafios que ainda estão por vir.

Ao meu querido noivo, Danilo, por ter paciência, me aguentar nos momentos estresse, estar sempre disposto a me ajudar com minhas dificuldades com o computador, e por partilhar comigo sonhos, me apoiando sempre.

Aos participantes do Grupo de dor crônica que tanto me ensinaram e contribuíram para esta pesquisa.

À Patrícia, minha orientadora, por aceitar traçar esta trajetória comigo, com quem aprendi muito.

A todos que cruzaram por este meu percurso, neste caminhar não linear, mas de idas e vindas, mais idas, que possibilitaram uma trajetória de muito aprendizado e crescimento pessoal e profissional.

Lapidar

Minha procura toda

Trama lapidar

O que o coração

Com toda inspiração

Achou de nomear

Gritando alma

Recriar

Cada momento belo

Já vivido e mais

Atravessar fronteiras

No amanhecer

E ao entardecer

Olhar com calma, então

Viajar

Nessa procura toda

De me lapidar.

(Milton Nascimento, Anima)

Dor Elegante

*Um homem com uma dor
É muito mais elegante
Caminha assim de lado
Com se chegando atrasado
Chegasse mais adiante*

*Carrega o peso da dor
Como se portasse medalhas
Uma coroa, um milhão de dólares
Ou coisa que os valha*

*Ópios, edens, analgésicos
Não me toquem nesse dor
Ela é tudo o que me sobra
Sofrer vai ser a minha última obra.*

Paulo Leminski

RESUMO

No cotidiano de trabalho na atenção básica, a alta demanda de usuários com queixas de dor crônica tem proporcionado questionamentos sobre a resolutividade das ações de cuidado realizadas na atenção básica. Assim torna-se necessário ampliar o olhar para o usuário com dor crônica, buscando garantir um cuidado mais resolutivo e integral nas práticas de educação em saúde. Neste sentido, este estudo tem o objetivo de compreender a percepção de dor crônica, as estratégias de autocuidado dos usuários participantes de um grupo de dor crônica realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Bernardo do Campo/SP, e o entendimento da equipe responsável pelo grupo a respeito do processo de educação em saúde neste grupo. Foi realizada cartografia de uma vivência em um grupo de dor crônica, em um serviço de saúde na atenção básica, a partir do conhecimento das trajetórias dos usuários que dele participam, o olhar dos profissionais de saúde que o realizam, e desta pesquisadora. A maioria dos usuários relataram que o início da dor que sentem está relacionado com o trabalho. A dor está presente na vida, provocando limitações nas atividades de vida diária e no trabalho, gerando dependência e demandando apoio dos familiares. Para alguns entrevistados a dor é aceita como parte da vida e o sofrimento que ela provoca é evidente. Os profissionais que realizam o grupo o descrevem como um trabalho em equipe multiprofissional, em que cada um exerce um papel na atividade. Reforçam nas ações de educação em saúde uma mudança para um estilo de vida “mais saudável” e há um estímulo ao autocuidado, com uma abertura para escuta dos temas de interesse pelos usuários para então elaborarem a atividade que será realizada, considerado como um espaço que reforça a troca de experiências. Os usuários relataram benefícios e melhora na dor após as atividades do grupo e com destaque para a importância da interação entre eles nas atividades, houve diminuição da dor, no uso da medicação, na auto-estima, nas questões emocionais, na socialização e na qualidade de vida. Os diversos contextos e trajetórias de vida permitiram expor a experiência do adoecimento possibilitando compreender a dor, seus aspectos limitantes e as estratégias de enfrentamento diante da dor que sente, sendo uma possibilidade de promover um cuidado e um processo educativo com autonomia. As práticas dialógicas podem representar avanços para a clínica na atenção básica, na realização de ações mais integradas e cuidados mais efetivos.

Palavras-chave: Dor Crônica. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Autocuidado. Doença Crônica.

ABSTRACT

In daily work in primary health care, the high demand of patients with complaints of chronic pain has provided questions on the resolution of care actions performed in primary health care. Thus, it is necessary to improve attention to the patient with chronic pain, seeking to ensure a more resolute and integral care in health education practices. This study aims to understand the perception of chronic pain, the self-care strategies of patients participating in a chronic pain group in a health service of São Bernardo do Campo/SP, and the understanding of the team responsible for the group about the health education process in this group. A cartography of an experience was performed in a group of chronic pain, in a health service, from the knowledge of the trajectories of the patients who participate in it, the look of the health professionals who perform it, and this researcher. Most patients have reported that the start of pain they feel is related to work. Pain is present in life, causing limitations in daily activities and work, dependence and support of family members. For some patients the pain is accepted as part of life and the suffering is evident. Patients reported benefits and improvement in pain after group activities, the benefits reflect in decreased medication use, and the importance of the interaction between them in the activities. The health professionals who care in the group describe it as a multidisciplinary teamwork, in which each one have a function in the activity. They promote in health education actions a change to a "healthier" lifestyle and there is a stimulus to self-care, with an opening to listen to the topics of interest to patients to then elaborate the activity that will be performed, considered as a space that reinforces the exchange of experiences. Patients report an improvement with group participation that is related to decreased pain, medication use, emotional well being, socialization and quality of life. The various contexts and life trajectories allowed to expose the experience of illness, making it possible to understand pain, its limiting aspects and strategies to care of pain, being a possibility of promoting care and an educational process with autonomy. Dialogic practices can represent advances for the clinic in primary health care, more comprehensive actions and more effective care.

Keywords: Chronic Pain. Primary Health Care. Health Education. Self Care. Chronic Disease.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de especialidades odontológicas

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PS – Pronto-Socorro

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atividade de massagem realizado no grupo da UBS	34
Figura 2 - Atividade do grupo na igreja	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Percursos dos usuários do Grupo pelo SUS	55
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Um pouco sobre minha trajetória	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 Dor Crônica	14
2.2 O cuidado ao usuário com dor crônica	17
2.3 A educação em saúde e a perspectiva de Paulo Freire	19
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1 Sujeitos da pesquisa	26
4.2 Produção dos dados	26
4.2.1 Etapa 1 - O olhar da pesquisadora: explorando o território, o serviço de saúde e o grupo de dor crônica.....	26
4.2.2 Etapa 2 - A Entrevista semiestruturada.....	27
4.2.3 Etapa 3 - O olhar da equipe de saúde para o seu trabalho no grupo	27
4.3 Análise dos dados	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Primeira Impressão: um breve olhar sobre o campo da pesquisa	30
5.1.1 Caracterização da atenção básica no município de São Bernardo do Campo	30
5.1.2 Caracterização do Grupo de Dor crônica	31
5.2 Segundas Impressões: relação entrevistador e entrevistado.....	34
5.3 Terceiras Impressões: encaixando palavras	36
5.3.1 O início da Dor	38
5.3.2 A dor e as limitações	41
5.3.3 Significados da dor	44
5.3.4 A dor e o Autocuidado	46
5.3.5 O Grupo de Dor Crônica	51
5.3.6 Percurso no SUS	54
5.4 Quartas Impressões: o olhar de quem cuida do outro	57
6 O FIM PARA UM NOVO COMEÇO	64

REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	75
APÊNDICE C	77
ANEXO A	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 Um pouco sobre minha trajetória

O cotidiano de trabalho é árduo e nos coloca em uma rotina de produção e reprodução de práticas, a qual traz uma monotonia constante que necessita ser mobilizada para assim gerar novas ideias, novas construções, novos ares que possibilitem crescimento e desenvolvimento enquanto indivíduo e profissional da saúde. Assim, acredito que ter a possibilidade de estudar, proporciona o desenvolvimento de novas habilidades com um ganho de conhecimento e novas práticas para o cotidiano de trabalho. Neste longo porém curto período do mestrado profissional consegui estudar, compartilhar conhecimento e proporcionou um momento de reflexão sobre meu processo de trabalho, o qual passou por muitas transformações e foi, em certos momentos, tão desgastante e pouco eficiente.

Quando resolvi cursar Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) em Marília/SP, não tinha muita certeza do que era ser fisioterapeuta. Percebi com o decorrer do curso que prevalecia ainda uma noção de tratar partes de um corpo, de uma doença, centrado em protocolos e uso de equipamentos. Nos estágios, com os primeiros contatos com os pacientes, me chamou a atenção o cuidado prestado pela Unidade Saúde da Família (USF) daquele município, onde comecei a ter uma aproximação com os pacientes realizando visitas domiciliares com as equipes. Naquela época não tive alguma disciplina que discutisse a saúde pública ou saúde coletiva, mas percebia que havia uma possibilidade de um cuidado mais ampliado, sendo profissional que cuida da saúde e fisioterapeuta.

Durante a minha graduação em fisioterapia e no percurso de formação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente na atenção básica, a dor crônica aparece constantemente nas falas dos usuários que acompanharam este processo. A graduação em fisioterapia é repleta de tecnologias duras, de olhar focado nas limitações do corpo físico e aparelhos. A dor é compreendida por meio de conceitos reducionistas com foco nos aspectos biológicos que enfatizam um cuidado ao corpo desvinculado de outros aspectos que envolvem a vida das pessoas. Percebi que minha visão de dor, enquanto profissional fisioterapeuta, era assim, sendo importante para me questionar sobre a imensidão de sentidos que envolve o sofrimento das pessoas.

Novos olhares surgiram com as experiências proporcionadas pela residência multiprofissional em saúde da família, período fundamental para minha formação enquanto profissional de saúde, que então passou a integrar uma equipe multiprofissional, que diante da realidade e dos poucos recursos disponibilizados, conseguiu refletir, estudar, ser criativa e ter a disposição para promover e construir uma saúde pública de qualidade e acolhedora. Neste período, as demandas para matriciamento das equipes de saúde da família, levaram para a formação de um grupo de dor crônica, que chamamos de “Bem Viver” por escolha dos usuários. Foi um primeiro contato mais próximo que permitiu a reflexão de outras formas de cuidado, a partir das necessidades e contextos dos usuários, lembro bem que o grupo era realizado na casa de uma paciente e trabalhamos a promoção da qualidade de vida, proporcionando acesso às atividades de integração, de escuta, troca de experiências, cuidado multiprofissional, e também organizamos passeios para parques já que muitos não conseguiam sair do bairro devido a distância do centro da cidade.

Em cada momento deste trajeto observei a necessidade de ampliar o olhar para o usuário que cuida para além do biológico, para outras perspectivas que integram, ao invés de fragmentar o conhecimento, o corpo e os diversos aspectos que envolvem o processo de saúde e doença. Estas experiências promoveram fortes mudanças pessoais e profissionais, expandindo as possibilidades no cuidado, para além do corpo físico, um corpo que tem necessidades e vontades, e que estas importam no cotidiano do cuidado em saúde. Após a residência trabalhei alguns meses em uma equipe do núcleo de ampliado de saúde da família (NASF) no município de Araraquara, um trajeto curto mas que possibilitou a experiência de cuidar e a construção do papel de apoio em um local que iniciava esta proposta.

Em seguida, trabalhei por 8 anos no município de São Bernardo do Campo em um longo trajeto como apoiadora em saúde em um território e mais recentemente como coordenadora em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Enquanto apoiadora das equipes, novamente surgiu a necessidade de trabalhar novas formas de cuidado às dores crônicas, diante da alta presença desta queixa nos serviços de saúde. Assim, surgiram os grupos de dor crônica nas UBS do território e em quase todas do município, e a vontade de aprofundar neste estudo. Neste contexto foi construído este projeto, mais especificamente durante um grupo em que eu trabalhava com os usuários o autocuidado. Em um certo dia, durante a nossa roda de conversa, o grupo fez com que uma participante chorasse muito. Eu e a psicóloga conversávamos sobre a importância de dividir tarefas

em casa para evitar a sobrecarga e assim a dor, mas uma usuária disse que não conseguia fazer isso, que seu marido não a ajudava. E neste momento, outra usuária entrevistou dizendo que se ela não fizesse isso, iria sempre sentir dor, e que tinha que mandar seu marido ajudar nas tarefas domésticas. Esta fala foi reforçada pela equipe e pelos usuários presentes. O choro desta mulher que participava do grupo me fez pensar que algo estava errado na nossa abordagem. Este grupo permitia uma abertura para escuta e troca de experiências, mas impondo uma forma de cuidar que era reproduzida pelos usuários também de forma impositiva. E foi nessa mesma UBS que escrevi o projeto desta pesquisa e o desenvolvi.

Esta pesquisa foi construída durante o curso do mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde, e por ser profissional, teve relação com o dia a dia do cuidado e com minhas experiências, nesta fase de vida e trabalho no município de São Bernardo do Campo.

Algumas mudanças ocorreram no final de 2018, com a minha saída deste município e a necessidade de buscar novos desafios profissionais. No início do ano fui convidada a compor a equipe da secretaria de saúde do município de Mauá para realizar a gestão dos processos de educação permanente, mas meus desejos por mudanças, me moveram a um retorno ao trabalho como fisioterapeuta em uma equipe do NASF do município de São Paulo, o que me trouxe novamente a identificação do mesmo problema em relação ao cuidado às dores crônicas. Assim, independente dos contextos em que estou inserida, este problema circunda as necessidades da equipe de saúde, e precisa ser constantemente repensado na minha prática profissional. Hoje apoio três UBS no município de São Paulo e também participo em cada uma destas dos seus grupos de dor crônica, que lá são chamados de Corpo em Movimento.

Estudar de forma aprofundada os processos de educação em saúde que ocorrem no dia a dia do trabalho na atenção básica tornou-se importante para meu processo de formação enquanto trabalhadora da saúde. Entendo o processo de cuidado às pessoas que convivem com doenças crônicas como algo complexo que necessita de aprofundamento e estudo constante. As dores crônicas surgem nas demandas diárias do cuidado, percorrendo todo o meu processo de formação enquanto profissional fisioterapeuta, que atua na atenção básica e na gestão.

Assim muitas foram as fases e vivências que me mobilizaram enquanto pessoa e profissional, na busca de respostas às muitas perguntas que surgem no dia a dia. Os discursos e queixas de dor crônica estão presentes e percorrem os diversos relatos dos

usuários que frequentam a rotina da UBS. Assim, neste percurso de formação apresentado, inicio esta pesquisa em um momento vivido no município de São Bernardo do Campo, por onde passei e trabalhei por 8 anos.

Algumas perguntas surgiram na busca da qualificação do cuidado aos usuários com dor crônica. Afinal, quem são estes usuários que buscam as UBS apresentando queixa de dor crônica? Quais suas necessidades de saúde? O que fazem para se cuidar? E o que fazemos para cuidar deles? As ações de educação em saúde proporcionam a sua autonomia?

Observo no cotidiano de trabalho e nos encontros com as equipes da atenção básica, que estas ações parecem não ser suficientes para garantir a autonomia dos usuários com dor crônica. Assim compreender e refletir sobre a forma como os usuários têm sido abordados nas ações de cuidado no serviço de saúde é essencial e possibilita avaliar resultados apontados frequentemente pelos profissionais, como a não adesão ao tratamento proposto e a exigência pelo retorno frequente com o especialista.

Os processos de educação em saúde e as ações de cuidado às doenças crônicas na atenção básica parecem estar distantes de uma prática ideal, menos vertical e mais dialógica, ou seja, as mudanças de comportamento são propostas e impostas em uma via única de comunicação.

Assim a ampliação da compreensão e da atenção aos usuários com dor crônica é necessária a fim de tornar mais clara a trajetória que proporciona o adoecimento, que podem trazer novas possibilidades para os processos de cuidado realizado pelos profissionais de saúde em uma perspectiva mais holística a estes usuários acompanhados pela atenção básica.

Buscando uma aproximação do conteúdo e a construção do estado da arte que envolve a dor crônica, o cuidado e os processos de educação em saúde, apresento no próximo capítulo uma revisão bibliográfica. Assim, proponho para o contexto desta investigação, primeiramente uma apresentação sobre a dor crônica considerando a relevância do seu estudo; sobre o cuidado aos usuário com dor crônica na atenção básica; e por fim, considerarei relevante tratar sobre educação em saúde em uma perspectiva proposta por Paulo Freire.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Dor Crônica

O Comitê de Taxonomia da Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (2012, p. 210) conceitua a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal dano”, assim mesmo não estando no corpo, não sendo visível (em um dano real), é descrito e percebido como estando nele por aquele que a sente. Este mesmo grupo reforça que muitas pessoas podem relatar dor na ausência de dano tecidual ou qualquer outra causa fisiopatológica (IASP, 2012). Le Breton (2013, p.16) aponta que esta é uma definição insuficiente:

[...] já que a percepção dolorosa implica uma percepção pessoal, a dor sentida não é apenas um fluxo sensorial, mas uma percepção que suscita primeiro a questão da relação do indivíduo com o mundo e da experiência acumulada a esse respeito, sendo simultaneamente experimentada e avaliada, integrada em termos de significados e valor. Nunca puramente fisiológica, a dor pertence a esfera simbólica. (LE BRETON, 2013, p. 16).

Campi et al. (2013) e Lima e Trad (2008) questionam em seus estudos, o modelo biomédico que separa as condições físicas e mentais, o corpo e a mente, e que considera a doença e a dor como resultados de lesão ou um problema de transmissão nervosa, desconsiderando outros aspectos e dimensões que a envolvem como a cultura, história de vida, o cotidiano e a sociedade. Não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões que ficam afetadas, principalmente no que se refere ao mundo familiar, do trabalho e das relações (NEVES; NUNES, 2009; SANCHES; BOEMER, 2002).

Ferreira (1994) complementa que muitas definições podem ser dadas, mas não são suficientes para definir esta sensação, porque a dor é subjetiva e pessoal e pode variar conforme o grupo social e a classificação de uma sociedade, incluindo o saber técnico do profissional de saúde que constrói o diagnóstico partindo das sensações descritas pelo paciente. Le Breton (2013, p. 13) de forma semelhante aponta que “ de uma condição social e cultural para outra, e conforme sua história pessoal, os homens não reagem da mesma forma a um ferimento ou afecções idênticas, seu limiar de sensibilidade não é o mesmo”. Assim o mesmo autor considera que:

“[...] a anatomia e a fisiologia são insuficientes para explicar essas variações sociais, culturais, pessoais e até mesmo contextuais. A relação íntima com a dor depende da significação que ela reveste no momento em que afeta o indivíduo. A dor é um fato de situação”. (LE BRETON, 2013, p. 13).

O tempo de duração da dor é utilizado para diferenciar a dor aguda e a crônica (IASP, 2012). A dor crônica tem sido reconhecida como a aquela que persiste por mais de três meses, podendo se manifestar de forma contínua ou recorrente (TREEDE et al., 2015). A dor crônica está quase sempre associada a determinadas doenças ou condições clínicas, sendo que 30-40% apresentam dor músculo-esquelética e doenças das articulações (BREIVIK et al., 2014). Esta distinção de dor aguda e crônica apenas pelo fator tempo prevalece nos estudos sobre o tema, sendo questionada por Sanches e Boemer (2002) por caracterizar o ser humano apenas em seu aspecto biológico desconsiderando suas singularidades e subjetividades.

A presença de dor crônica está frequentemente associada com a diminuição da capacidade funcional, a redução na qualidade de vida, a alta demanda por licenças médicas, o alto absenteísmo no trabalho, o comprometimento na produtividade, o elevado custo de saúde e de assistência social (DELLAROZA et al., 2008; MARTINES et al., 2008; MATA et al., 2011; REIS et al., 2000). Alguns estudos apontam a relação da queixa de dor crônica com a depressão, ansiedade e diminuição na qualidade de vida, e quanto mais intensos os sintomas piores são estes comprometimentos (CAPELA et al., 2009; SIEBRA; VASCONCELOS, 2017).

Os estudos brasileiros que avaliam a prevalência da dor crônica têm sido conduzidos em situações específicas (trabalhadores, idosos, regiões corporais) ou em nível ambulatorial (DELLAROZA et al., 2007; SÁ et al., 2009; FILIPPIN, 2012; BARROS et al., 2015; RUVIARO; SANTOS et al., 2015; RODRIGUES et al., 2016). As diversas e diferentes definições de dor, as classificações, os métodos utilizados para coleta de dados e a localização da dor, são algumas das razões que interferem sobre os dados de prevalência e os diferenciam entre um estudo e outro (HARSTAL; OSPINA, 2003).

A estimativa mundial para prevalência da dor crônica é de 10,1% a 55,2%, sendo mais alta em mulheres do que em homens, e classificação mais comum é a de origem músculo-esquelética (HARSTAL; OSPINA, 2003).

Sá et al. (2009) observaram em seu estudo que 41,4% da amostra da população de Salvador estudada sofre de dor crônica, mostrando alta prevalência e

colocando o Brasil como um dos países mais acometidos por esse problema, conforme estudo de revisão sobre dor crônica no cenário mundial de Harstall e Ospina (2003). Dellaroza et al (2007) determinaram a prevalência de idosos não vinculados a serviços de saúde em Londrina, e verificaram que 51,4% apresentavam dor crônica. Santos et al. (2015) em seu estudo realizado em Florianópolis, encontraram a prevalência de dor crônica em 29,3% na população idosa do município, principalmente entre as mulheres.

Uma pesquisa da National Health and Wellness Survey de 2011 feita no Brasil avaliou a prevalência da percepção de dor, e a lombalgia foi a condição dolorosa mais comum, seguida da fibromialgia (GOREN et al., 2012). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 estimou que aproximadamente 27,0 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram problema crônico de coluna no Brasil. Destas, 16,4% relataram grau intenso de limitação nas atividades habituais. As mulheres tiveram maior proporção (21,1%) de diagnóstico médico de problemas crônicos de coluna do que os homens (15,5%), e conforme aumentava a idade, aumentava a proporção estimada de relatos (IBGE, 2014).

Carvalho et al. (2018) realizaram um estudo transversal com questionário pela internet em uma amostra nacionalmente representativa de adultos do Brasil, para estimar a prevalência e características da dor crônica na população brasileira. O estudo constatou que a dor crônica afeta mais de dois terços da população do Brasil, revelando uma alta prevalência da dor crônica, sendo maior em mulheres, pessoas com a idade avançada e baixos níveis de renda familiar. Os autores constataram a necessidade de melhores políticas de saúde para pacientes com dor crônica no Brasil (CARVALHO et al., 2018).

Ruviaro e Filippin (2012) realizaram um estudo em uma UBS de Santa Maria/RS, identificando que 37,8% dos indivíduos entrevistados possuíam dor crônica, a média de idade foi de $46,3 \pm 16,4$ anos, com predomínio de mulheres. Em outro estudo realizado em uma UBS de Tupanatinga/PE, a prevalência de dor crônica entre os usuários foi de 42%. A presença de dor crônica em mulheres foi mais frequente (BARROS et al., 2015).

Barros et al. (2006) apontam a relação significativa entre desigualdade social e a presença de doenças crônicas. Quanto menor a escolaridade, maior foi a prevalência de doenças crônicas. Em relação ao sexo, a prevalência de pelo menos uma condição crônica é maior nas mulheres.

A presença de doença crônica e de dor crônica aumenta a ocorrência de hospitalização, de uso de serviços de saúde e a demanda por consultas médicas (GOREN

et al. 2012; IBGE, 2014). A queixa de dor crônica músculo-esquelética é um dos maiores motivos de procura por uma UBS e também pelos serviços de urgência (DELLAROZA et al. , 2013; TRINDADE et al., 2013). Nos estudos de Neto et al. (2010) e Mata et al. (2011) as principais causas de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada foi a dor crônica músculo-esquelética. Deste modo, ações de prevenção e promoção a saúde, um diagnóstico adequado e ampliação das ofertas de cuidado e tratamento para dor crônica são fundamentais (FERREIRA et al., 2008).

Os achados do estudo de Capela et al. (2009) apontam para a necessidade de programas de intervenção elaborados por equipes multiprofissionais para o cuidado da dor crônica e conseqüentemente melhora na qualidade de vida. Sugere ainda ações de prevenção e promoção à saúde. Neste sentido, é relevante um maior aprofundamento sobre o cuidado aos usuários com queixa de dor crônica, considerando a demanda elevada nos serviços de saúde e a necessidade de reflexão sobre ações desenvolvidas a estes usuários.

2.2 O cuidado ao usuário com dor crônica

Os pacientes com dores crônicas podem ser tratados em diferentes locais, incluindo UBS, hospitais gerais e mais recentemente em centros e clínicas especializadas em dor. O cuidado multiprofissional vem sendo fortalecido devido aos resultados serem mais efetivos do que as intervenções cirúrgicas e médicas convencionais (FERREIRA et al. , 2008). Em relação ao tratamento na atenção básica, são diversos estudos que apontam sobre o cuidado ao usuário com dor crônica (MARTINEZ et al., 2008; MATA et al. , 2011). Martinez et al. (2008) e Mata et al. (2011) observaram que em relação ao tratamento realizado na atenção básica, a modalidade mais utilizada é a medicamentosa com predomínio de analgésicos e anti-inflamatórios. Houve baixa utilização de tratamentos não medicamentosos e exercícios físicos.

Apesar de eficazes e seguras, as terapêuticas não farmacológicas são pouco utilizadas pelos indivíduos com dor crônica (DELLAROZA et al. 2008; IBGE, 2014; MATA et al. 2011). A PNS apontou que quase metade (46,4%) dos que responderam a pesquisa apontando algum problema crônico de coluna, referiram não realizar tratamento. Em 18,9% dos casos, o tratamento consistiu na prática de exercício físico ou fisioterapia. A acupuntura foi utilizada por 2,5% das pessoas com problemas de coluna (IBGE ,2014).

O cuidado à pessoa com dor crônica representa um grande desafio aos profissionais de saúde, diante da crescente demanda e da dificuldade na abordagem das diversas dimensões que abrangem esta sensação (LIMA; TRAD, 2007). Lima e Trad (2007) ressaltam que para o sucesso do cuidado à dor crônica perpassa por abordar muitos elementos da vida, da dinâmica familiar, da inserção social e produtiva, propõem, então a construção de projetos terapêuticos, em que o profissional de saúde é mediador, aprendendo a lidar com incertezas do próprio trabalho, a escutar, estando os objetivos relacionados ao retorno às atividades, recuperação das funções, ou seja, recuperar a qualidade de vida, deslocando a dor do centro da vida.

Esta forma de compreender o cuidado em saúde e à dor crônica inclui considerar os determinantes sociais da saúde no contexto em que a vida das pessoas transcorre. No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), definiu os determinantes sociais de saúde como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e FILHO, 2007, p.78).

Barros (2002) e Campi et al. (2013) apontam sobre o reducionismo que o modelo biomédico apresenta, em que mesmo com os avanços na medicina, há certa dificuldade na oferta de respostas mais satisfatórias principalmente aos componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham qualquer doença. Enfatizam sobre a necessidade em considerar menos se determinado tratamento funciona pensando na maioria dos pacientes, e sim se o mesmo funcionará para este paciente em particular, com estes problemas pessoais, neste tempo de sua vida, neste ambiente, neste canto do país e do mundo (BARROS, 2002).

É comum observar que as ações realizadas pelos usuários e as definições populares sobre a doença não são consideradas pelos profissionais nos serviços de saúde e no modelo biomédico, resultando freqüentemente em revoltas e resistências às intervenções. Os profissionais de saúde precisam compreender os significados da doença, valorizar a experiência vivida pelo usuário e saber como lidar com ela, reconhecendo que a troca de experiências promove um modelo de cuidado à saúde no qual todos os atores estão envolvidos na discussão, planejamento, educação e na resolução dos problemas (ARCANJO et al., 2007; BORGES; JAPUR, 2008; SANCHES; BOEMER, 2002).

Ampliar o diálogo entre o profissional de saúde no cuidado é estratégia para aumentar a qualidade e resolutividade da clínica. Favoreto e Cabral (2009) em seu estudo

reforçam a importância de grupos de encontros dialógicos para portadores de doenças crônicas, que realizam a escuta ativa, valorizam a troca, os significados e saberes das vivências pessoais e coletivas. Estes autores observaram a formação de novas narrativas pelos participantes que integravam os conhecimentos trazidos pela medicina com os aspectos da cultura popular, das famílias, religião e histórias individuais, e que só se tornou possível por meio do compartilhamento de saberes entre os pacientes do grupo e com os profissionais de saúde. Nesses encontros dialógicos, as pessoas reconheciam que trocar experiências boas e ruins relacionadas à vida e ao adoecer, com outros participantes com os quais se identificavam os ajudavam a entender as suas próprias questões (FAVORETO; CABRAL, 2009).

Assim, a educação em saúde é ferramenta essencial na construção de um cuidado integral, e que acredito que possa tornar-se um instrumento de empoderamento para o indivíduo na comunidade, principalmente quando pensado numa abordagem dialógica, emancipadora e participativa, visando à promoção da cidadania e da qualidade de vida, e neste sentido foi abordado a educação em saúde em uma perspectiva de Paulo Freire.

2.3 A educação em saúde e a perspectiva de Paulo Freire

O processo de educação em saúde vem sofrendo críticas nas últimas décadas. Questionamentos que envolvem a relação impositiva e unilateral, em que o profissional de saúde detém o saber e o transmite aos seus pacientes, promovendo ou não as mudanças de hábitos de vida desejadas (FALKENBERG et al., 2014; GAZZINELLI et al., 2005; MEYER et al, 2006).

Paralelamente, a formação do profissional de saúde tem sido orientada por um modelo de atenção biologista fundamentado no paradigma positivista da ciência, que se sustenta na fragmentação e na descrição das partes para se compreender o sujeito, muitas vezes desvalorizando a diversidade, a singularidade, a interação das diferentes dimensões que o compõe, reduzindo os eventos de saúde e doença à dimensão biológica (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Nas últimas décadas tem-se visto um desenvolvimento crescente de reflexões teóricas sobre o tema educação em saúde. Entretanto nota-se também que diante destas reflexões há pouco avanço em intervenções educativas concretas, acarretando em um distanciamento entre teoria e prática (GAZZINELLI et al, 2005).

Flisch et al. (2014) em seu estudo sobre percepções dos profissionais da equipe de saúde da família (ESF) sobre a educação em saúde apontaram uma prática ainda centrada em difundir informações sobre saúde e doença, vinculadas aos principais programas da atenção básica, havendo a necessidade de maior envolvimento da comunidade nas ações educativas das ESF no cenário estudado.

Assim, há uma permanência do modelo que preconiza a adoção de novos comportamentos, cabendo ao usuário receber as orientações e modificar seus hábitos de vida buscando práticas mais saudáveis (GAZZINELLI et al, 2005). Aqui se supõe uma concepção mais verticalizada das práticas educativas, que remete ao que Paulo Freire chamou de educação bancária (FREIRE, 2011). Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva.

Paulo Freire em sua concepção problematizadora e libertadora da educação, propõe como ação do educador:

[...] a identificação, desde logo, com os educandos, no sentido de humanização de ambos. Do pensar autêntico e não no sentido de doação, da entrega do saber. [...]O educador não tentaria mais domesticar. Já não prescreveria. Saber com os educandos, enquanto estes soubessem com ele, seria sua tarefa. Já não estaria a serviço da desumanização, a serviço da opressão, mas a serviço da libertação (FREIRE, 2011, p. 86).

A proposta de Paulo Freire da educação da libertação ou problematizadora se baseia na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida na formação de sujeitos, que ocorre por meio do diálogo e da relação. Ele enfatiza que ambos, educador e educando, são transformados no processo da ação educativa e aprendem ao mesmo tempo em que ensinam, sendo que o reconhecimento dos contextos e histórias de vida neste diálogo se desdobra em ação emancipadora. A educação problematizadora busca estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa de alunos e professores no processo ensino-aprendizagem, de forma que não haja uma negação ou desvalorização do mundo que os influencia. Sendo assim, a educação é encarada como um ato político, e as relações estabelecidas entre alunos e professores devem ser embasadas em interações de respeito entre sujeitos e cidadãos, de modo a construir conhecimento crítico e centrado na busca pela autonomia (FREIRE, 1996, 2011).

Paulo Freire reforça a importância da relação dialógica em que o educador “já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o

educando [...], assim se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos” (FREIRE, 2011, p. 96). Isso implica a participação ativa de ambas as partes, e não apenas do educador, no entendimento dos sujeitos como seres históricos, dotados de uma cultura de onde deve partir o processo formativo (FREIRE, 1996).

Paulo Freire coloca que ensinar não é “transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”(FREIRE, 1996, p. 22), fazendo uma crítica a memorização mecânica, ao conteúdo narrado em que o educando é transformado em “[...] vasilhas, em recipientes a serem enchidos pelo educador. Quanto mais vá enchendo os recipientes com seus depósitos, tanto melhor o educador será. Quanto mais se deixem docilmente encher, tanto melhores educandos serão” (FREIRE, 2011, p. 80). Tradicionalmente as abordagens pedagógicas transmissivas em que o profissional de saúde é detentor do conhecimento e oferece isso ao seu paciente são ainda muito usadas (FLISCH et al.,2014; FIGUEIREDO et al.,2012; MEYER et al.,2006; OLIVEIRA et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2009). Neste sentido, caberia ao paciente, a partir destas prescrições de comportamentos técnicos, desaprender o que foi aprendido em seu cotidiano de vida e modificar seus hábitos, considerados errados pelo profissional de saúde (MEYER et al., 2006).

A educação proposta por Paulo Freire em sua maior parte é aplicável na atenção básica, com a valorização da diversidade, da heterogeneidade e da comunicação entre os diferentes atores sociais, o compromisso com as classes sociais desvalorizadas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e científico (VASCONCELOS, 2010, p. 30).

O educador, humanista, dialógico e problematizador, considera o esforço de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade (FREIRE, 2011, p. 117). O conhecimento assim produzido por Paulo Freire permite que os profissionais de saúde se aproximem das condições e experiências de vida da população no processo de educação em saúde. As condições de vida são determinantes da situação social à qual está submetida a população, e as experiências de vida dizem respeito às formas de apropriação da realidade e possibilidades de ação sobre ela (SEVALHO, 2018).

Apesar das críticas a cada um dos tipos de abordagem, a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização, que utiliza o referencial teórico de Paulo Freire parece ser a mais adequada à prática educativa em saúde. Além de promover a valorização do saber do usuário e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a participação ativa nas ações de saúde, fazendo com

que este exerça uma ação criativa (FIGUEIREDO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2014; PEREIRA, 2003). Estas características convergem para uma sociedade mais democrática a favor do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos estando em concordância com os princípios e diretrizes da promoção à saúde (PEREIRA, 2003).

Neste sentido, há necessidade de repensar as formas de educação em saúde em que os profissionais definem os problemas de saúde e realizam intervenções normativas e reguladoras aos usuários. Enfatizam a importância da relação entre profissionais e população, valorizando o conhecimento de todos (BORGES; JAPUR, 2008).

Considerando que toda ação de saúde é, em si, educativa, deve ser então, criteriosamente apreciada e identificada a intencionalidade das ações, já que a educação em saúde pode ser medicalizante e funcionar como poderoso instrumento de domesticação (SEVALHO, 2018). Neste sentido, o olhar pela perspectiva de educação libertadora de Paulo Freire pode contribuir para uma atenção integral na atenção básica, buscando romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre o serviço de saúde e população (VASCONCELOS, 2010, p. 31) .

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção de dor crônica, as estratégias de autocuidado dos usuários participantes de um grupo de dor crônica realizado na atenção básica do município de São Bernardo do Campo/SP, e o entendimento da equipe responsável pelo grupo a respeito do processo de educação em saúde desenvolvido nesse grupo.

3.2 Objetivos específicos

-descrever e analisar a trajetória de vida de cuidado e adoecimento dos usuários e identificar relações com a presença de dor crônica;

-identificar estratégias de enfrentamento diante da dor, os motivos pela busca do serviço de saúde e as expectativas em relação a ele;

- identificar e analisar a compreensão da equipe de saúde sobre as estratégias de educação em saúde para o usuário com dor crônica;

-identificar e analisar o processo de cuidado desenvolvidos neste grupo pelos profissionais de saúde, com ênfase nos processos de autocuidado e de educação em saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa pela necessidade de compreender subjetividades, valorizar e conhecer experiências de vida e de cuidado de usuários com dor crônica, um aprofundamento à realidade do cotidiano que não se mostra visível nos números e no reducionismo dos aspectos biológicos usualmente presentes nas práticas do cuidado em saúde (MINAYO, 2000). A pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com significados das ações e das relações humanas (MINAYO, 2000). Neste sentido, este estudo também pretendeu compreender os profissionais de saúde que desenvolvem o grupo de dor crônica em uma UBS em São Bernardo do Campo, sobre as suas estratégias de cuidado e as relações que estabelecem com usuários no campo do cuidado e das práticas de educação em saúde.

Durante a construção desta trajetória, algumas mudanças foram necessárias enquanto metodologia de trabalho utilizada para a construção desta pesquisa. Após uma densa contribuição da banca examinadora da qualificação desta pesquisa, consideramos que esta se aproximava do conteúdo teórico da cartografia, pois a pesquisadora esteve em contato direto com as pessoas, incluindo usuários participantes do grupo de dor crônica e os profissionais de saúde que o realizam, como também da UBS e o seu território.

Assim, descreveu um percurso de um caminhar, formando pistas que orientaram o processo de pesquisar, a pesquisadora, os resultados e as reflexões obtidas (PASSOS; BARROS, 2014, p. 17). Considerando que toda pesquisa é intervenção e a intervenção explora a experiência entre sujeitos e objetos, utilizou-se a cartografia como método de pesquisa, que é o traçado deste plano de experiência, acompanhando os efeitos sobre os sujeitos, o pesquisador e a produção de conhecimento deste percurso de investigação (PASSOS; BARROS, 2015, p. 18).

O método da cartografia foi citado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) com a noção de rizoma que “[...] se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 32).

A cartografia foi estratégia metodológica escolhida pela necessidade de não apresentar somente os resultados finais da pesquisa desconsiderando os processos pelos quais a mesma passou até chegar ao seu final, mas que acompanhassem seu percurso construtivo sempre em movimento, e pretendeu ser algo incompleto, transitório e que multiplica as possibilidades ao invés de restringi-las. A pesquisa, por assim dizer, é um

mapa que possibilita múltiplas entradas e onde é possível transitar livremente, percorrendo um terreno em permanente mutação (DELEUZE; GUATTARI, 1995; PASSOS; BARROS, 2015). A experiência da abertura do ser inacabado, do saber-se ser inacabado, se abrindo ao mundo e aos outros, à procura de explicação, respostas às múltiplas perguntas como uma “[...] inconclusão em permanente movimento” (FREIRE, 1996 p. 136).

Utilizou-se também o referencial teórico de Paulo Freire em um diálogo com a proposta metodológica de cartografia no sentido do ensino e aprendizagem, a partir da relação dialética com o mundo que considera “o homem como um ser inconcluso e seu permanente movimento de busca do ser mais” (FREIRE, 2011, p. 101). Paulo Freire considera o educador problematizador e o educando como aquele que se “re-faz constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscitividade dos educandos” (FREIRE, 2011, p. 97), assim como seres inacabados, reflexivos e que são desafiados constantemente à criação (FREIRE, 2011).

Assim, o referencial teórico levou em consideração a abordagem pedagógica na perspectiva de Paulo Freire, para analisar o processo de educação em saúde desenvolvido pela equipe de saúde, que contribui para que se contextualizem, de forma crítica, a história e a linguagem dos problemas e práticas de saúde. Desta forma, foi valorizado o saber popular, a problematização do conhecimento popular, articulando-o com o saber técnico-científico, e por meio deste processo, possibilitar aos sujeitos atuarem na transformação da sua realidade (FREIRE, 1996, 2011).

Esta é a cartografia de uma vivência em um grupo de dor crônica, em um serviço de saúde na atenção básica, a partir do conhecimento das trajetórias dos usuários que dele participam, o olhar dos profissionais de saúde que realizam este grupo, e desta pesquisadora. Ela é provisória e inacabada, diante dos movimentos que envolvem o cotidiano de trabalho e das vidas das pessoas, em constante construção.

Um diário de campo foi construído a partir de memórias e das vivências neste espaço, como um mapa que poderá servir a outros viajantes para construírem a sua trajetória de cuidado. O registro do trabalho de investigação pretendeu incluir não só os pesquisados, mas também a pesquisadora, registrando sua experiência neste espaço de cuidado e os desdobramentos da pesquisa (BARROS; PASSOS, 2015, p. 172).

A produção dos dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. Esta pesquisa ocorreu no período de maio a novembro do ano de 2018.

4.1 Sujeitos da pesquisa

Os usuários do grupo e a equipe de saúde que o acompanha foram convidados a participar da pesquisa. O convite foi feito em um dos encontros do grupo após suas atividades. Neste encontro foram explicados: a proposta da pesquisa, as etapas que comporiam a coleta de dados, o sigilo sobre a identificação dos mesmos, entre outras dúvidas. Àqueles que aceitaram participar deste estudo, foi lido e explicado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e para os profissionais de saúde (APÊNDICE B), que foi assinado por eles em duas vias.

Todos os usuários do grupo de dor crônica que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados, totalizando catorze entrevistados. Foram excluídos desta pesquisa quatro entrevistas, em que os usuários referiram não apresentar dor crônica, assim participaram desta pesquisa dez usuários do grupo de dor crônica. Em respeito ao anonimato, seus nomes foram modificados, como também os relatos sobre o cuidado realizado neste grupo produzidos pelos profissionais de saúde, que foram numerados de 1 a 4, sem a identificação de quem a escreveu.

4.2 Produção dos Dados

O método da cartografia envolve o acompanhamento de percursos e a implicação em processos da produção de dados, como uma conexão de redes ou um rizoma, em que esta pesquisadora se encontrava em seu local de trabalho.

Ressalto que neste período não havia um referencial teórico para o método para produção dos dados, o método da cartografia complementou na organização dos dados produzidos, como mais uma parte deste rizoma que foi a produção desta pesquisa. A organização da produção de dados e os instrumentos que foram utilizados na pesquisa estão operacionalmente descritos em etapas que guiaram a construção desta pesquisa.

4.2.1 Etapa 1 – O olhar da pesquisadora: explorando o território, o serviço de saúde e o grupo de dor crônica

Para melhor compreender o cuidado em saúde aos usuários com dores crônicas, sem dissociá-los dos processos sociais, biológicos, psicológicos e dos encontros que constituem as pessoas e que proporcionam as suas escolhas e trajetórias de vida e

cuidado, esta pesquisadora explorou o ambiente de cuidado, que também foi o do seu trabalho por oito anos, por meio da observação registrada em um diário de campo, em memórias imersas nas rotinas e conflitos diários de um serviço de saúde. Minayo (2000) considera a observação participante como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa para compreender a realidade, estando o observador como parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pelo contexto.

4.2.2 Etapa 2 – A Entrevista semiestruturada

A entrevista é uma técnica de coleta de informações pertinentes a um objeto de pesquisa, diretamente solicitado ao sujeito da pesquisa, tratando-se de uma interação entre pesquisador e pesquisado (MINAYO, 2000; SEVERINO, 2007). A entrevista semiestruturada permite uma abertura ao diálogo para obter dados que se referem ao indivíduo entrevistado, sobre suas histórias, suas atitudes, seus valores, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, informações profundas da realidade (MINAYO, 2000).

Os usuários do grupo de dor crônica participaram de uma entrevista realizada pela pesquisadora. A entrevista semiestruturada foi utilizada para descrever e detalhar a trajetória de vida e adoecimento dos usuários, como também as estratégias de enfrentamento diante da dor, os motivos e expectativas em relação ao serviço de saúde. O entrevistado teve a possibilidade de falar sobre o tema proposto, sem resposta ou condições fixadas anteriormente pelo entrevistador, e a entrevista foi desenvolvida a partir de um roteiro (ANEXO A) que a orientou (FLICK, 2013; MINAYO, 2000). As entrevistas foram gravadas para garantir a autenticidade dos depoimentos dos entrevistados e transcritas conforme seu consentimento.

O roteiro é instrumento para nortear e facilitar a entrevista, que permite ampliar e aprofundar a comunicação que tem um objetivo, podendo o entrevistado responder de forma livre e singular, estando assim de acordo com a proposta deste estudo (FLICK, 2013).

4.2.3 Etapa 3 – O olhar da equipe de saúde para o seu trabalho no grupo

Para explorar o processo de cuidado e de educação em saúde realizado pelos profissionais de saúde que desenvolvem as atividades neste grupo de dor crônica, os

mesmos participaram da construção de narrativas. Elas foram desenvolvidas pelos profissionais de saúde que, em seguida, foram orientados a entregá-la a um outro pesquisador (Pesquisador 2), para que este outro pesquisador organizasse as narrativas, retirando os dados que identificassem o profissional e posteriormente enviar ao Pesquisador 1 (pesquisadora principal deste estudo). Porém as narrativas foram entregues à própria pesquisadora 1 por vontade dos participantes da pesquisa.

O processo de narrar a própria experiência possibilita ao sujeito reconstruir sua trajetória e oferecer novos sentidos, estabelecendo uma relação dialética entre a experiência e narrativa, mediada pelos processos reflexivos (MARCOLINO; MIZUKAMI, 2008). Para Brockmeier e Harré (2003), a utilização geral do termo narrativa denomina um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo domínio individual de cada um, mas combinadas com as técnicas sócio-comunicativas, bem como a linguagem, adquiridas socialmente. Estes autores afirmam que as palavras nunca são referidas apenas pelo indivíduo, elas são articuladas a partir de várias narrativas particulares, a partir de pontos de vista específicos, determinadas em certo contexto e por certas vozes, assim seriam um modo específico de construção e constituição da realidade, e que compõe um conjunto de regras do que é aceito, ou não, em determinada cultura (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003).

O processo de construção das narrativas nesta pesquisa não foi fácil (as narrativas se encontram na íntegra no APÊNDICE C desta dissertação). Os textos desenvolvidos pelos profissionais descreveram o trabalho que desenvolvem ou pretendem desenvolver no grupo, com pouca ou quase nenhuma reflexão sobre o que realizam de fato, esses relatos dos profissionais foram mantidos e analisados na pesquisa.

4.3 Análise dos dados

O conteúdo das entrevistas e das narrativas foi explorado utilizando o método da análise de conteúdo, descrita por Bardin (1977, p. 31) como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É uma metodologia de análise das informações para compreender criticamente os sentidos e significados manifesto ou oculto das comunicações (SEVERINO, 2007).

A técnica da análise temática foi usada para expor os “núcleos de sentido que compõem uma comunicação, em que a presença ou frequência significaram alguma coisa ao objeto analítico visado” (MINAYO, 2000, p. 209). O processo da análise temática é

organizado em três etapas, definidas por Bardin (1977, p. 95) como: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação”.

Bardin (1977) descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 1977).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira Impressão: um breve olhar sobre o campo da pesquisa

Cartografar é compor com o território, engajando-se nele, o que exige um processo de aprendizagem em duplo sentido de transformação (ALVAREZ; PASSOS, 2015, p. 135).

Um dos entrevistados descreve sobre as mudanças que observou no território, bairro que reside há 53 anos:

Moro há 53 anos por aqui, há 57 anos em São Bernardo do Campo. Quando a gente mudou pra cá isso tudo era mato, não existia nada aqui, era como uma área de sítio. Tinha uma casa ou outra, mas a maior parte era mato. Era uma coisa horrível. Ai o pessoal começou a construir começou a jogar esgoto, ai acabou com o lago daqui, tinha um lago aqui que a gente pescava. Quando começou a povoar, agora só corre esgoto. Radio por aqui era só a pilha, não tinha energia elétrica. Usava lamparina. Foi uma aventura (Carlos).

O município de São Bernardo do Campo, de acordo com o censo IBGE (2010), apresenta uma população de 765.463 habitantes, tem uma área de 409,532 km² e uma cobertura adequada de domicílios com esgotamento sanitário de 91,9%, sendo 52,3% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi desenvolvido este trabalho se encontra a cinco quilômetros de distância do centro da cidade, e seu território inclui 12 bairros deste município, havendo aproximadamente 44 mil usuários cadastrados neste serviço. Ela foi inaugurada em 1986 e passou por uma reforma no ano de 2015 com ampliação do seu espaço físico.

Enquanto pesquisadora e trabalhadora deste território e desta UBS por oito anos, observo um grande desenvolvimento deste local, e em um olhar sobre a saúde, houve a ampliação dos serviços de saúde existentes, onde anteriormente só existiam as UBS, houve o aumento de ofertas com a construção de novos serviços como um Hospital de Clínicas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), favorecendo o desenvolvimento local.

5.1.1 Caracterização da atenção básica no município de São Bernardo do Campo

O município de São Bernardo do Campo apresenta uma divisão em nove territórios, cada um deles definidos pela proximidade entre bairros, para favorecer a organização da rede de serviços de saúde. Um deles, que integra a UBS que irei descrever mais profundamente, é composto de cinco UBS, um CAPS III, uma UPA, um CEO e uma Policlínica de especialidades médicas.

Esta UBS segue as propostas e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), é composta por quatro equipes que seguem o modelo de Estratégia de Saúde da Família “ampliada”, organização própria deste município, assim compõem a equipe: médico generalista, enfermeiro, os agentes comunitários, técnicos/auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal, e também os médicos matriciadores ginecologistas, pediatras e clínico geral. Por seguir este modelo, cada equipe cobre uma área de abrangência maior que o preconizado pela PNAB, sendo aproximadamente de 9000 cadastrados (BRASIL, 2017). Esta UBS tem uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composta por: farmacêutico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico e um apoiador em saúde (BRASIL, 2017).

Todas as equipes realizam reuniões semanais para organização do processo de trabalho e discussão de casos. Há reuniões mensais gerais com todos os trabalhadores, em que são discutidos temas utilizando a educação permanente como ferramenta. Também há reuniões técnicas mensais em que há discussão dos fluxos da UBS, vigilância em saúde, organização do processo de trabalho. A organização dos grupos do serviço é discutida em reunião técnica, em que há participação de todas as equipes e também da coordenadora da UBS.

Encontros mensais são realizados na UBS para as equipes da atenção básica com os médicos especialistas (reumatologista, ortopedista, pneumologista e psiquiatra), em formato de matriciamento, com consultas compartilhadas e espaços de discussão de casos.

5.1.2 Caracterização do Grupo de Dor crônica

No município de São Bernardo do Campo/SP desde 2015 realizamos frequentemente análise das guias de encaminhamento que estão em fila de espera, realizadas pelos médicos de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com objetivo de identificar problemas, suas causas, melhorar o acesso aos usuários à atenção especializada

e a resolutividade dos serviços. Nesta fila de espera o que chamou a atenção foi não apenas a quantidade de guias, mas também a qualidade dos encaminhamentos e a alta quantidade de hipóteses diagnósticas de doenças crônicas músculo-esqueléticas e/ou que estão relacionadas com a dor crônica. Diante da necessidade e da alta demanda para cuidado a estes usuários, algumas ações foram desenvolvidas nas UBS, além do uso da medicação para controle da dor. Esta fila de espera era uma lista virtual de usuários encaminhados pelos profissionais das UBS aos serviços especializados, e conforme a disponibilidade mensal de vagas, estes usuários eram agendados.

Foram levantadas nesta fila de encaminhamentos em fevereiro de 2016, 4949 guias e destas, 59% estavam relacionadas com hipóteses diagnósticas de doenças crônicas músculoesqueléticas (dorsopatias, artropatias, transtornos de tecidos moles), sendo que 70% destas guias eram de mulheres. Nas UPA do município foi observado em 2016 uma média de 4350 pacientes por mês que entraram com queixa de dor lombar e dor cervical, classificadas pelo protocolo de classificação de risco em sua maioria (74%) como pouco urgentes. Neste período, reuniões mensais, em encontros de educação permanente ocorriam em cada território, onde estes dados foram apresentados aos serviços e para a gestão, que então motivaram a produção de novas formas de cuidado, com intensificação de ações de educação em saúde e matriciamentos nos serviços.

Em São Bernardo do Campo, as ações não farmacológicas estão sendo desenvolvidas em quase todas as UBS, em formato de grupos efetivados por uma equipe multiprofissional destes serviços. Em uma destas UBS, local de trabalho da pesquisadora onde este trabalho foi desenvolvido, o grupo existe desde o início de 2016 (Figura 1), é organizado e realizado por uma médica, enfermeira, dentista, apoiador em saúde, dois agentes comunitários de saúde e a equipe NASF (psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutico e educador físico). O objetivo principal é trabalhar o autocuidado. Para isso o grupo é realizado uma vez por semana, no período da manhã, horário de maior movimento na UBS. A frequência de participação neste grupo é bastante rotativa, movimento próprio do grupo que permite que o membro uma vez inserido, sempre faça parte do grupo, mesmo que tenha que se ausentar por um período. Em 2017 o grupo e os profissionais propuseram uma mudança do local para uma igreja na comunidade, devido ao espaço físico limitado da UBS que atrapalhava a realização das atividades (Figura 2).

Considero que minha trajetória dentro da formação deste grupo caminhou paralelamente ao desenvolvimento do meu trabalho enquanto apoiadora em saúde e

depois como coordenadora desta UBS. Neste segundo momento, um pouco mais distante das ações de cuidado e mais próximas do planejamento delas.

Desde o início do grupo houve algumas mudanças na condução do grupo e a entrada da equipe do NASF. O grupo desde então foi crescendo, e crescendo que não cabia mais no espaço desta UBS, sendo necessário um local maior na comunidade. O nome grupo foi mudado para “Hábitos Saudáveis”, mas continua sendo conhecido como grupo de dor, tem abertura para outros casos e não mais só para usuários com queixa de dor crônica.

Assim, o acesso ao grupo é aberto a todos, tanto para encaminhamentos das equipes de saúde, como também por convite dos usuários frequentadores. Participam do grupo uma média de 25 pessoas. As equipes utilizam dos espaços dos acolhimentos, consultas e discussões em reuniões de equipe para convidar os usuários ao Grupo. Nos encontros semanais há integração entre outros grupos como o Lian Gong, realizados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e o “De bem com a Vida” realizados pelos educadores sociais, promovendo outras possibilidades de cuidado para os participantes destes grupos.

Para cada encontro é desenvolvido um tema, sendo seis temas principais, mas que podem se modificar conforme a necessidade apontada pelos participantes, os temas principais são: o que é dor crônica e orientações farmacológicas; a importância da atividade física; aspectos psicológicos da dor; práticas integrativas e complementares (massagens, auriculoterapia e Lian Gong); alimentação; orientações sobre as atividades de vida diária; e autocuidado.

Os grupos de dor crônica por serem desenvolvidos em quase todas as UBS, têm grande visibilidade no município e conseqüentemente tem se tornado tema priorizado dentro das micropolíticas presentes nos encontros, apresentando assim intervenções indiretas externas mas que são avaliadas em reuniões mensais com a equipe técnica deste serviço.

No final de 2017 recebemos da gestão uma proposta para mudança do formato do grupo. Este deve ser desenvolvido como grupo fechado, e a entrada de novos participantes será após avaliação de um fisioterapeuta. Este novo direcionamento proporcionou desgosto entre os profissionais que realizam o grupo e entre os participantes que então deveriam ter “alta” após os seis encontros para permitir a entrada de novos usuários.

Após alguns encontros em reuniões entre a equipe técnica que desenvolve o grupo e também após discussão da proposta em reunião geral da UBS, os profissionais propuseram a formação de um grupo que funcionará em paralelo ao grupo de dor que será desenvolvido pela equipe do NASF inicialmente, com objetivo de avaliar e cuidar dos pacientes que estão em fila de espera aguardando atendimento de fisioterapia, assim o grupo de dor continuará funcionando como em sua proposta anterior.

Vale ressaltar que este tipo de arranjo, já apresentado também em outro estudo de Baduy et al. (2011), permite analisar que para que ocorram avanços na conquista da integralidade do cuidado, há necessidade que se articule a regulação da fila de espera com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação. Estes mesmos autores reforçam que as tecnologias já disponíveis são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do usuário. Elas precisam ser enriquecidas em ato pelos saberes e tecnologias produzidos em encontros, em movimentos ativos da gestão para apoiar a produção do cuidado. É necessário efetua-los no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, gestores, trabalhadores e usuários. Nos encontros e nas redes de conversação é que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do SUS (BADUY et al., 2011).



Figura 1 – Atividade de massagem realizado no grupo da UBS.

Fonte: Própria (2016).

5.2 Segundas Impressões: relação entrevistador e entrevistado

Escutar o outro, evidenciar os episódios de uma história de vida, especificamente escolhidos para contar como e porque a dor está presente nelas, possibilitou conhecer este outro lado, muitas vezes excluído dos processos de cuidado dentro de uma relação profissional de saúde e paciente.

Como reforça Paulo Freire (1996) ao considerar que o ensinar exige respeito aos saberes dos educandos dando ênfase na importância do saber escutar e estar disponível ao diálogo, esta pesquisadora mergulhou em um desafio de conhecer mais profundamente aqueles que são cuidados no Grupo de Dor Crônica, valorizando as suas experiências. Evidenciar partes da vida destas pessoas a partir de uma entrevista foi difícil e desafiador, cada um tem uma forma de contar ao outro sobre aquilo que compreende, e que está incomodando ou não, mas que é relevante para caracterizar sua vida, sua história, sua existência neste contexto.

O processo de entrevista pretendeu ser um facilitador direcionando uma conversa, mas não em todos os momentos. Entrevista após entrevista, conforme fui percebendo que cada um tem sua forma de contar e de compreender, adaptações no roteiro inicial foram necessárias.

Os usuários do grupo foram convidados para participar da pesquisa e foram realizadas catorze entrevistas. Após a escuta de cada uma delas, quatro entrevistas foram excluídas da pesquisa pelo fato dos usuários não relatarem dor crônica.

O número de participantes do grupo variava semanalmente, já que ele era aberto à comunidade e para encaminhamentos de usuários pelas equipes de saúde. Assim para esta pesquisa foram convidados os usuários presentes no dia em que a proposta foi apresentada. Devido a não obrigatoriedade da participação nesta pesquisa, os usuários que não desejaram participar, quando questionados, não informaram os motivos para não participarem. Os que relataram quando questionados sobre os motivos de sua não participação, referiram não se sentir a vontade por sentir vergonha em falar em uma entrevista. Este desenho de pesquisa possibilitou somente uma perspectiva pontual desta realidade, contudo permitiu apresentar as características destes usuários, da sua relação com os profissionais de saúde e o processo de educação em saúde que vivenciaram neste grupo.

Ressalto a motivação e o interesse dos entrevistados em participar da entrevista. Uma delas, Antônia, chegou muito elegante para o nosso encontro. Estava contente em poder contar sobre sua história. Mostrou muito interesse em participar da

pesquisa me auxiliando até no convite para que outros usuários participassem. Ela neste dia se emocionou muito ao contar sua história. Lembra do dia que começou no grupo e como ela estava. Antônia vinha constantemente conversar comigo na sala da administração da UBS, enquanto coordenadora do serviço, ela vinha relatar anteriormente que aguardava em fila de espera uma vaga para realizar exame de ressonância magnética solicitado pelo médico, queria muito saber o que tinha, lembro da sua dificuldade em andar, usava bengala para se locomover. Ela apresenta um outro olhar, por ter conseguido desenrolar uma fase difícil que ela se encontrava. No momento da entrevista, desejava mostrar sua experiência e um novo momento de sua vida.

Favoreto e Jr (2011) considerou que a estratégia de aumentar a qualidade e a resolutividade da clínica, em especial daquela desenvolvida na atenção básica, seria beneficiada por uma ampliação do diálogo nesta relação usuário e profissional de saúde, em que ambos se tornam sujeitos do processo e crescem juntos. A valorização e o manejo desta narrativa pessoal do adoecimento são apresentados como elementos centrais na ampliação e facilitação do processo de avaliação e terapêutica de uma clínica voltada para a integralidade do cuidado. Outros estudos também reforçam a importância da valorização desta forma dialógica nos processos de educação em saúde, tanto pelos gestores e profissionais, buscando maior inserção dos usuários, com ações facilitadoras que considerem a realidade local e suas necessidades (FIGUEIREDO et al., 2012; FALKENBERG et al.; 2014; OLIVEIRA et al., 2014).



Figura 2- Atividade do grupo na igreja. Fonte: Própria (2018).

5.3 Terceiras Impressões: encaixando palavras

Os dez participantes tinham idade entre 39 e 79 anos (58 ± 12 anos). A maioria, seis participantes, não concluiu o ensino fundamental e relatou dificuldade para ler e escrever. Dois entrevistados possuíam ensino médio completo e outros dois entrevistados estavam cursando ensino superior. A renda familiar referida foi em média de 2 salários mínimos (2 ± 1 salários mínimos). Em relação ao sexo, foram entrevistadas oito mulheres e dois homens. Uma característica deste grupo foi a presença de um maior número de mulheres em relação ao de homens. Dos dez entrevistados, seis são idosos e referiram que são aposentados por tempo de contribuição à previdência social ou tem aposentadoria por idade, e um aposentadoria por invalidez. Destes, todos referiram que a aposentadoria que recebem é a renda familiar atual. Dois dos entrevistados relatam afastamento do trabalho por doenças ocupacionais relacionadas com dores crônicas. Apenas um trabalha e consegue conciliar as atividades na UBS com o trabalho.

Em relação a renda familiar, observa-se que o ideal seria ter obtido os dados sobre a renda familiar *per capita*, uma vez que famílias numerosas, com maior número de dependentes, podem ter um nível de pobreza mais acentuado. Considerando que esta circunstância de vida poderia proporcionar ambientes inadequados, estilos de vida insatisfatórios, alimentação incorreta e dificuldades de acesso à assistência à saúde, assim, esses elementos podem ser considerados significativos no agravamento da dor (ARCANJO et al. 2007). Santos et al. (2015) observaram que a queixa de dor crônica estava relacionada com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico.

As atividades do grupo acontecem no período da manhã, e apesar da boa adesão dos participantes, este período acaba sendo um dificultador para os usuários que trabalham. Assim o maior público são usuários que estão desempregados, aposentados e afastados do trabalho. Outras alternativas de cuidado devem ser pensadas aos usuários com dor crônica que não tem acesso a outros tipos de cuidado como esse, provavelmente nestes casos a escolha medicamentosa oferecida nos espaços de acolhimento, consultas e prontos-socorros acaba sendo a mais fácil ou mesmo a única opção. Assim as atividades do grupo eram realizadas em horário mais apropriado para os profissionais de saúde, organizado conforme suas atribuições, sem considerar as necessidades dos usuários, e isso pode ser um dificultador ou inibidor de acesso às atividades de educação em saúde como apontado por Figueiredo et al. (2012).

Outro ponto a ser destacado é a presença maior de mulheres em relação aos homens neste grupo, isso pode estar relacionado a maior prevalência das dores crônicas

nas mulheres e o acesso aos serviços de saúde. Catanante et al. (2017) observaram um predomínio maior de mulheres e idosos nos serviços de saúde da atenção básica, e uma relação com baixa renda e escolaridade. Este cenário reforça a necessidade de oferta de serviços em saúde da mulher e de aproximar serviços de saúde e o público masculino, sendo necessário promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos (CATANANTE, et al., 2017).

Outro aspecto considerado por Geib (2012) aponta que a desigualdade nas condições de emprego e trabalho afetam diretamente o acesso ao lazer. Entretanto, muitas mulheres idosas, independente de classe social, tem descoberto nos chamados grupos de convivências oportunidades de experimentar novos modos de viver, que contribuem para aflorar sentimentos de maior satisfação, plenitude e autonomia (GEIB, 2012).

Durante as entrevistas, os participantes contaram suas histórias, pontos marcantes e que naquele momento eram suficientes para expor sobre o percurso de suas vidas. Estas histórias são densas e cada uma com sua singularidade mas que permitiram o encontro de pontos em comum para facilitar o caminho para compreensão das narrativas dos usuários com dor crônica.

As falas então foram transcritas e agrupadas a partir dos sentidos que representam, nas seguintes categorias: O início da Dor, A Dor e as limitações, Significados da Dor, A Dor e o Autocuidado, O Percurso pelo SUS e o Grupo de Dor Crônica.

5.3.1 O início da Dor

Os relatos sobre o surgimento da dor, sua trajetória de adoecimento e do contexto em que o usuário se apresentava permitiram revelar as singularidades de cada um, as causas que identificam para as dores que sentem, que permeiam relatos de histórias de vida complexas. Os entrevistados relatam como causas para suas dores, o trabalho que desenvolviam ou realizam, a idade avançada, episódios de acidentes antigos e houve um relato de violência doméstica.

Na opinião dos entrevistados, cinco (quatro mulheres e um homem), apontam a relação da dor com o excesso ou tipo de trabalho que desenvolviam:

Com 1 ano e 1 mês, eu simplesmente parei de andar, eu era operadora de telemarketing, a gente fica 6 horas e 20 min sentada. Só pode tirar 3 pausas de 10 minutos em 6 horas e 20. Se sentir vontade de fazer xixi tem que segurar. E aí quando entrei lá as pessoas falavam muito da questão psicológica, e eu segurei muito no psicológico e isso respondeu de outra forma no meu corpo, porque querendo ou não é o nervo né, você fica nervosa com pressão psicológica e seus nervos contraem e assim, eu estava com minha vida normal (Antônia).

Mata et al. (2011) e Arcanjo et al. (2007) também observaram nos seus estudos, que os participantes identificaram como causas de suas dores esta relação com trabalho que realizam ou realizavam.

Reis et al. (2000) e Neves (2006) apontam uma maior prevalência entre as mulheres nas lesões por esforço repetitivo. O trabalho apresenta um impacto diferente entre homens e mulheres, tanto na forma como se dá a inserção no mercado de trabalho, como na maneira que vivenciam o ambiente laboral, ocasionando modos e tipos de ocorrências distintas de adoecimentos relacionados ao trabalho (NEVES, 2006; HIRATA, 2010). O trabalho precário é majoritariamente feminino e é necessário estabelecer relações entre desigualdade no mercado de trabalho, entre mulheres e homens, assim como a desigualdades na família e na esfera doméstica (HIRATA, 2010).

A experiência de vida facilita a identificação da causa da dor e do porquê de seu aumento, como a posição do corpo adotada no trabalho e o tipo de trabalho realizado (ARCANJO et al., 2007). Os usuários que identificam o trabalho como causa de suas dores, pode ser resultado de profissões que demandam trabalhos mais extenuantes, mais esforços físicos e menor cuidado à saúde, presente em populações com menor escolaridade (MALTA et al., 2017).

Reconhecer esse outro olhar sobre a experiência da dor, o da pessoa que a sente, requer também ponderar sobre um outro olhar, o da experiência do terapeuta, que traz em si um processo de aquisição de conhecimento e tecnologia por meio de uma experiência que é resultado não só de um processo cognitivo massivo, mas de um modo de ver o mundo (LIMA; TRAD, 2007; LE BRETON, 2013). Assim não se pode ter clareza que as causas apontadas pelos usuários foram identificadas por eles, podendo ter sido referidas por algum profissional de saúde, ou até mesmo a partir de experiências vividas, mas que são relevantes para reconhecimento sobre sua trajetória de vida e adoecimento.

Dois entrevistados relatam quedas quando eram jovens, decorrentes de acidentes e que foi pouco cuidado, diante das condições sociais difíceis em que viviam:

Dor na coluna eu tenho há muitos anos, desde que eu era moleque novo, acho que eu levei uma queda, fui pra roça e meu pai me atirou numa caça la, ai eu fui pegar assim em cima de um morrozinho escorregadio, ai eu cai pra trás, eu fiquei umas duas horas sem falar, desse tempo pra cá, ai tomei um chá de mentruz, e não tinha médico lá no Piauí. Depois voltei ao normal, mas a dor nas costas nunca mais passou (Carlos).

A idade também foi apontada como uma das causas das dores, como pode ser encontrado nas falas:

O povo fala muito que é a idade, a idade do com dor. Mas não sei se é isso, comigo não é assim, eu não consigo, tem velhinho que consegue fazer o que eu não consigo mais (Maria).

Os dados do IBGE apontados pela PNS de 2013, mostram a relação da prevalência de dor crônica e problemas músculo-esqueléticos com o aumento da idade, sendo maior em mulheres e em pessoas com baixa escolaridade (IBGE, 2013), dados também observados nesta pesquisa. Resultado semelhante foram encontrados em outros estudos (ARCANJO et al., 2007; MATA et al., 2011).

Um dos entrevistados relatou sobre os momentos de violência doméstica quando criança e acha que a causa das dores que sente no corpo esta relacionado a estes episódios de sua história de vida, como pode ser verificado abaixo:

[...] estas dores que tenho deve ser tudo destes traumas que eu tenho. A minha vida foi muito sofrida, meu pai foi um animal, foi bruto, sabe, um terror, soufrido desde criancinha. Ai foi passando o tempo e essa dor apareceu tem mais de 20 anos, começou na panturrilha, e de vez enquanto doia fica três a quatro dias doendo, ai passava ano e voltava a dor de novo. Tudo que tenho vem aumentando em decorrência desta herança que tenho. Tenho gota, tenho epilepsia (Renato).

Na ausência de mecanismos fisiológicos conhecidos para justificar a presença de dor, a atenção tem se voltado para determinantes psicológicos e sociais da dor (LIMA e TRAD, 2007). Albuquerque et al. (2013) concluiu em seu estudo, que houve uma associação entre sofrer violência e a situação de sofrimento mental em homens. A existência dessa associação ainda aponta para a necessidade da identificação, nos serviços de saúde, das situações de violência experimentadas pela população masculina. Almeida et al. (2008) investigaram a existência de história de violência na vida de mulheres e a relação com dor crônica, e observou grande tendência das pacientes em buscar causas físicas para suas dores e nessa procura elas peregrinam pelos serviços de saúde passando de um médico ao outro. Em alguns casos, principalmente após falarem sobre suas vivências de violência e humilhações, as pacientes apontaram tais acontecimentos como

tendo algum tipo de relação com seu sintoma de dor crônica, mesmo sem entender muito bem como um sofrimento emocional possa estar desencadeando uma sensação física (ALMEIDA et al., 2008). O atendimento é tradicionalmente voltado para aspectos físicos e essa visão está impregnada tanto nos profissionais como nas pacientes. A busca por vias mais fáceis e rápidas para a cura, como o medicamento, por exemplo, evita a necessidade de olhar para problemas dolorosos para as pacientes e complexos para a atuação do profissional de saúde (ALMEIDA et al. 2008).

Definir causas de dor podem auxiliar em ações de promoção e prevenção à saúde nos serviços, construção de políticas públicas voltadas as necessidades dos usuários, favorecendo o vínculo, auxiliando em maior resolutividade na clínica (MATA et al. 2011).

As possibilidades dialógicas podem representar avanços para a clínica na atenção básica, na realização de práticas mais integrais e cuidados mais efetivos. Estes saberes e práticas se tornam relevantes para a superação dos impasses produzidos pela biomedicina, buscando integrar os contextos socioculturais com os significados singulares e com a maneira como as pessoas expressam seus sofrimentos e organizam suas demandas (FAVORETO; JR, 2011). Freire (2011) reforça sobre a relevância da disponibilidade ao diálogo e do reconhecimentos de contextos, sem partir de uma visão pessoal da realidade, já que a “[...] incidência da ação é a realidade a ser transformada por eles com os outros homens”(FREIRE, 2011, p. 117).

5.3.2 A dor e as limitações

A dor está presente nos relatos dos usuários e tem interferido na realização das atividades cotidianas que antes habitualmente costumavam fazer. São muitos os estudos que observaram a presença de limitações nos indivíduos com queixas de dor crônica (SANTOS et al., 2015). Nota-se que para as mulheres, mesmo com dor, são responsáveis pelos afazeres da casa e relatam a preocupação de não poderem fazer o trabalho domésticos e cuidar dos filhos, sendo essa condição não só imposta, mas percebida como uma atividade que devem exercer:

A dor tirou minha mobilidade, eu não tenho mais aquela vida normal que eu era super ativa , que eu ia e vinha, passava em mercado, trazia as coisas, eu sempre fui muito independente. Eu não consigo mais ter esta independência (Antônia).

[...] sinto falta de fazer as coisas, pra mim, varrer a casa, não posso me agachar, se vou lavar uma louça me encosto porque sinto dor, se vou pegar uma coisa no chão, eu vou pegar mas o trabalho pra mim subir vai ser grande (Maria).

A impossibilidade de não conseguir cuidar dos filhos traz sofrimento e sentimento de impotência:

[...] tenho três filhos pequenos e eles já chegam e falam assim pra mim, mãe você não pode correr né? Mãe você não pode brincar né? Posso sentar no seu colo? Mas sua perna tá doendo? É o que eu escuto o dia inteiro, então isso é horrível. Eu vou buscar eles na escola, agora afastada, eu sempre estive trabalhando e estive distante, e agora este um ano eu tive mais contato de buscar na escola, e se eles saírem correndo na frente, eu não consigo acompanhar. Eu não consigo correr. Eu até tentei (Fernanda).

Os dados da PNS (2013), Arcanjo (2007) e Matos et al. (2011) também apontam associação à maior prevalência de dor crônica com a realização de atividades domésticas e atividades pesadas no trabalho, assim como o aumento do tempo gasto nestas atividades. A incapacidade de realizar atividades que habitualmente costumava anteriormente fazer está relacionada a diminuição da qualidade de vida.

Historicamente as atividades das mulheres têm sido demarcadas ao redor do cuidado. Percebe-se ainda que há predomínio de uma visão tradicional da mulher muito vinculada à condição da maternidade como um dos seus principais papéis sociais a ser assumido perante a comunidade. Os papéis são diferenciados, com a mulher restrita às tarefas de mãe, esposa e cuidadora da família e do lar, e é ainda o padrão cultural que persiste, apesar de todas as conquistas femininas do século XX (BUDÓ et al., 2008; MEDEIROS; PINHEIRO, 2018).

O apoio familiar para realização das atividades do cotidiano esteve presente diante da dificuldade e até incapacidade da mulher em realizar os serviços domésticos, levando a necessidade de mudanças na divisão das tarefas de casa:

Meu marido se ele vê que eu não estou bem, ele procura me ajudar, me ajuda na cozinha, mas não limpa a casa, a casa ele não sabe limpar, se ele limpar ele me deixa nervosa. Meu marido e meu filho me deixam tranquila, e isso me ajuda, se as pessoas que você convive não te deixa tranquila, não te dá uma palavra boa, amiga, aí você fica magoado, tá fazendo pouco caso de você (Sonia).

Moro com meu marido e dois filhos e uma neta. Sobre a vivência dentro de casa, não tenho do que reclamar. Sempre foi uma maravilha. Pra saber viver tem que saber ter diálogo, sem se alterar né. Ele me ajuda muito, ele tá aposentado, ele lava banheiro, ele limpa a casa, ele faz a comida quando tiver em casa (Elisa).

Budó et al. (2008) em seu estudo observou também o envolvimento da família no cuidado aos familiares quando estão com dor. A atenção e o apoio familiar foram evidenciados e compreenderam manifestações de afeto, carinho, atenção e respeito.

A participação masculina no trabalho doméstico está presente na fala das participantes, porém sempre sob a forma da “ajuda”. A menção frequente da fala das mulheres era de que “ele(s) me ajuda(m)” (no caso do marido e também dos filhos), também foi verificada por Bruschini e Ricoldi (2012) e Neves (2006). Bruschini e Ricoldi (2012) indicam pelo menos duas características desse trabalho doméstico: 1) é uma atribuição feminina (portanto, os homens não o encabeçam, mas tão somente ajudam a realizá-lo); e 2) essa forma ‘periférica’ que a ajuda masculina assume significa que essas tarefas estão entre o que sobra para ser feito (quando as mulheres não dão conta) ou o que os homens gostam ou preferem fazer. Assim, a participação dos homens no trabalho doméstico, quando há mulheres na família disponíveis para executá-lo, consubstancia-se nesse auxílio não obrigatório (BRUSCHINI; RICOLDI, 2012).

Os relatos abaixo apresentam as limitações e as dificuldades que a dor provoca na realização das atividades de vida diária:

Sinto muitas dores, tem dia que é difícil para dormir, pentear o cabelo requer uma paciência, doi o couro cabeludo, as articulações, nos nervos, parece que você vai travar (Sonia).

Em casa se eu ficar muito tempo no sofá dá dor, se eu ficar muito tempo em pé dá dor. Então a dor ataca mais a noite, porque se vai tentar dormir se concentrar, aí que a dor ataca mais. De dia eu procuro me movimentar, ando um pouquinho pra la, um pouquinho pra ca. Eu fico muito tempo deitado. Só que de dia você supera, que andando você não percebe, mas a noite é terrível, quanto mais frio pior é. É difícil dormir (Renato).

O estudo de Mata et al (2011) aponta uma diminuição da capacidade para o trabalho e para a realização de atividades de vida diária, como levantar objetos pesados e inclinar-se, abaixar-se ou ajoelhar-se, nos indivíduos com queixas dor crônica. Por isso, ações de prevenção para essa população podem se constituir como benéficas para a saúde desses indivíduos. O estudo sugere que a identificação de necessidades locais possa contribuir para uma política de atenção em que se considere a integração dos níveis de assistência, mais resolutivo, com menor custo e com maior afinidade com as famílias e indivíduos (MATA et al., 2011).

Dellaroza et al. (2013) observou que a dor crônica foi frequente e esteve associada a maiores prejuízos na independência e mobilidade dos idosos, interferindo nas

atividades de vida diária e instrumentais de vida diária. A dor crônica quanto mais intensa, mais recente e a com impacto no trabalho resultaram em maior uso dos serviços de saúde.

De acordo com Arcanjo et al. (2008) a qualidade de vida pode estar relacionada com a capacidade de trabalhar, viajar e se divertir, e a perda dessas atividades, principalmente do trabalho, é a causa de maior insatisfação no presente. A relação de estar doente e com dor crônica piorou a qualidade de vida. Os autores perceberam que com a diminuição das queixas, a vida melhorou em relação às suas atividades, às suas habilidades e às suas condições físicas (ARCANJO et al. , 2008).

Batista et al. (2011) também observou em seu estudo com pacientes com dor crônica de uma clínica de fisioterapia, que houve interferência da dor nas atividades de vida diária e no trabalho, uma vez que os movimentos e as posturas mantidas foram os principais fatores agravantes da dor. Em relação à qualidade de vida, a dor interferiu de modo importante nas atividades diárias, nas condições emocionais e sociais, e na capacidade de aproveitar a vida.

5.3.3 Significados da dor

Le Breton (2013, p. 119) afirma que a percepção da dor é resultado de um aprendizado social e cultural, o indivíduo “não é uma tela de projeção, ele transforma as sensações experimentadas em categorias próprias, que é partilhada em seu estilo pessoal com outros membros do seu grupo”.

Sentir dor não é desejável pelos entrevistados, e seus significados estão relacionados ao que ela provoca, limitando seus hábitos e promovendo mudanças em suas vidas. A dor é aceita como parte da vida e está relacionada com as palavras “conviver”, “acostumar” e “sobrevivendo”. A dor em sua cronicidade, diante da ineficácia dos tratamentos para resolvê-la, se organiza no modo de vida, a contragosto do indivíduo que é obrigado a modificar sua vida (LE BRETON, 2013). Nas falas podemos identificar a falta de esperança na cura e o estabelecimento de mecanismos para conviver com a dor, como foi constatado nas falas:

Pra mim a dor hoje significa algo que tenho que conviver. Mas o mais importante é que ela não tire mais minha alegria de viver (choro). Era muito difícil pra mim não conseguir fazer minhas coisas, eu não conseguia fazer o básico dentro de casa (Antônia).

Eu queria que a dor não significasse nada. Pra ser bem sincero to até acostumado, não é o que eu quero. Quem me vê assim, acha que não tenho nada. Mas eu sei da dor, não sabe que eu fico acordado a noite, o quanto eu soffro a noite (Renato).

Quem tem estas dores, não pode ficar pensando assim, eu tenho tal dor, eu to doente. Eu tenho o problema mas eu to sobrevivendo. Eu acho que os problemas, as dores, é muito no eu também, eu to aqui falando com você e eu to com dor (Sonia).

A gente tem que se acostumar por ser algo crônico mas a gente com conhecimento e orientação a gente descobre que há um meio de conviver com ela de forma saudável. Eu acho esta dor intensa, horrível, que incomoda, significa que eu estou enferrujada, que eu precisava tomar uma atitude e deixar de ser sedentária (Eloisa).

A dor traz a limitação novamente, como “uma falta de alguma coisa”, se referindo as dificuldades que ela traz na realização das atividades cotidianas. O grau de dependência causada pela dor limita a satisfação pessoal e de vida quando as mulheres referem incômodo, chateação, complicação e dificuldade de realizar tarefas de sua competência (ARCANJO et al., 2007). O relato de sofrimento diante das limitações e incapacidades de trabalhar consequentes ao processo de adoecimento pela dor perpassa pelas trajetórias de vida e trabalho:

Esta dor significa a falta de muita coisa. Você não consegue descer uma escada direito, tem que escalar degrau por degrau , tenho medo de escorregar e cair, tenho artrose no joelho. Agora sinto umas pontadas no corpo, tem hora que grito, me entorto, faço careta. Acho que falta alguma coisa no meu organismo, alguma coisa tem, tem muitas pessoas que não sente nada, vejo cada casal velhinho sem nada (Maria).

Esta dor significa pra mim limitação. Além do serviço, são minhas crianças, tenho três filhos pequenos. Eles já chegam e falam assim pra mim... mãe você não pode correr né..mãe você não pode brincar né..posso sentar no seu colo? Mas sua perna tá doendo? É o que eu escuto o dia inteiro, então isso é horrível.. (Fernanda).

Conforme suas condições de vida e sua visão de mundo as pessoas compõem-se com sua dor e seu sofrimento, apropriam-se deles através de seus valores e de seus modelos de comportamento, assim suportam os comprometimentos corporais que julgam inevitáveis, mas que outros acham insuportáveis e combatem com um conjunto de recursos a seu alcance (LE BRETON, 2013, p. 138).

Outra entrevistada aponta que por outro lado a dor também trouxe coisas boas para sua vida, o retorno a uma vida ativa e outras possibilidades de apoio e cuidado no grupo que participa:

Os grupos que conheço foi através dela (da dor) né. Não acho que é o fim do mundo, a vida não parou por causa disso, hoje eu tenho uma vida ativa apesar das limitações, é ruim mas me trouxe coisas boas também (Antônia).

Alguns participantes relatam uma melhora na dor que sentem e a participação nas atividades do grupo refletem nesta situação :

Agora está dor não está incomodando, agora até esqueço que tenho este problema no joelho (Elisabete).

Hoje pra mim a dor é um alívio, porque daquilo que eu sentia pra hoje, ta com uns 70%, já é uma coisa muito especial pra mim. Faço meus movimentos, tem alguns que não dá pra fazer, aquele de pegar a perna e trazer aqui não dá (Carlos).

A dor crônica prejudica, na maioria das vezes, o trabalho, a capacidade em realizar as atividades diárias, a integração social, sua vida familiar e as suas relações, Le Breton (2013, p. 160) aponta que também pode, pelo contrário, assumir um “valor identitário, conferindo um reconhecimento, uma legitimidade para se desfazer de responsabilidades, [...] funcionando como moeda de troca com os outros, [...] pois enfim alguém se preocupa com ele, pergunta como ele está, oferece conselhos, preocupa-se com sua saúde” (MATA et al, 2011; LE BRETON, 2013). A dor proporciona benefícios secundários, e às vezes até uma compensação financeira, que reforçam um sistema difícil de ser rompido (LE BRETON, 2013).

Estando assim a dor crônica e seus significados relacionados ao que ela provoca, Lima e Trad (2007) reforçam que o projeto terapêutico para a dor crônica, portanto, assume como pressuposto a permanência da dor, investe no alívio e na reorganização da vida, mas não se compromete com a eliminação da dor. Os objetivos terapêuticos vão girar em torno de retomar as atividades cotidianas, recuperar a função, sair do isolamento social, apesar da permanência da dor. Estes passam por deslocar a dor do centro da vida e colocá-la em uma margem conhecida e talvez controlável, e promovendo uma mudança da posição do doente no processo terapêutico, deixando de ser passivo para fazer parte do seu próprio cuidado (LIMA; TRAD, 2007).

5.3.4 A dor e o Autocuidado

As formas de enfrentamento da dor são diversas, desde atividades físicas, medicamentosas, repouso, ou se manter ativo e as práticas não medicamentosas. As estratégias escolhidas para o cuidado variam conforme sua condição social e cultural, conselhos de amigos e familiares, o conhecimento em relação à sua patologia e educacional, como também o acesso ao serviço de saúde (LE BRETON, 2013;

ARCANJO et al., 2007). É sensível o fato de que, quanto maior o conhecimento, mais formas de enfrentamento serão observadas, indicando que, quanto maior a informação, maiores e melhores são as atitudes para uma melhor qualidade de vida e autocuidado (ARCANJO et al., 2007).

Os exercícios físicos estiveram presente nas falas, reforçada pelas ações que são desenvolvidas nos grupos que participam. Para alguns participantes fazê-los foi a melhor estratégia de cuidado, diante das opções medicamentosas ou invasivas que foram oferecidas anteriormente:

Em casa quando sinto dor não tomo nada , não tenho feito nada, por causa da gestação, não posso ficar tomando remédio, o médico disse que só paracetamol e olhe lá. Eu acho que to aprendendo, parece que quando to fazendo os exercícios to melhor, melhor que a infiltração (Fernanda).

Em casa quando eu sinto dor eu dou uma repousada. Mas atualmente não preciso mais fazer isso, fiz aplicação no joelho e não adiantou nada, o que resolveu foi fazer exercício mesmo (Elisabete).

Alguns usuários referem reproduzir os movimentos que são orientados pelos profissionais no grupo de Dor Crônica, considerando como importante estratégia para autocuidado:

Eu faço alongamentos dentro da minha casa mesmo, quando to sentada faço aquele alongamento (mostrou o movimento), quando sinto que começa a travar (Antônia).

Faço exercício em casa, às vezes, além de fazer aqui e na sede, eu faço em casa também. Eu acho que esse exercício ta me ajudando muito, porque eu não sabia nada né. Mas eu to fazendo bastante em casa. To tentando me cuidar, não quero morrer tão cedo (João).

Com estes depoimentos, foi notável a importância dos exercícios físicos para estes usuários com dor crônica, como também foi observado no estudo de Arcanjo et al. (2007). As práticas de atividades físicas ou mesmo as não medicamentosas ainda são pouco utilizadas pelas pessoas que apresentam dor crônica na atenção básica, apesar de serem intervenções de baixo custo, e que auxiliam na promoção a saúde em vários aspectos da vida e na redução da dor (ARCANJO et al, 2007; IBGE , 2014; MARTINEZ et al. ,2008; MATA et al., 2011).

O Grupo de dor crônica e outros da UBS são citados como uma estratégia de cuidado utilizado por eles:

Aqui na ubs eu faço lian gong na sede, faço de bem com a vida, faço grupo de dor. Faço hidroginástica. Pra ver se não “entra” tudo, porque se ficar parado

é pior . Dependendo não posso fazer um movimento, eu deito, dependendo eu me viro pra arranjar uma posição, pra levantar (Maria).

Os saberes e práticas das entrevistadas podem ser influenciados por experiências de vida adquiridas em situações anteriores, como nos grupos que participam a partir de orientações realizadas pelos profissionais de saúde. Fatores como mudanças nos hábitos de vida e alimentares também podem ser incluídos como melhora do estado de saúde, segundo o relato:

Sem falar que o pessoal do grupo de dor tá sempre ali conversando com a gente, com o que pode e o que não pode, falando sobre os remédios, tudo que é melhor pra gente sempre tá ajudando. Eu aprendi sobre os exercícios, sobre comida, como a gente tem que se alimentar. Se acostumar com a dor, não tomar sempre remédio quando não indicado pelo médico (Maria).

Quando comecei a sentir estas dores, não era assim , eu prendia mais entendeu? Eu tinha medo, eu não sabia o que eu tinha, tinha medo de esticar, alongar, tinha medo de fazer tudo, e se eu piorar né (Antônia).

Fazer repouso é também uma estratégia de autocuidado utilizada. A condição de deitar e repousar também foi notado por Arcanjo et al. (2007) e foi feito pelos participantes por acreditarem que desta forma poderiam diminuir a dor:

Em casa quando eu sinto dor, eu sento de postura reta, não gosto de deitar, acho que deitar te impõe doente. Eu sento e fico quietinha, não gosto de ficar estressada porque ajuda a piorar (Sonia).

A automedicação, uso de pomadas, bolsa de gelo são recursos utilizados, e isso provavelmente decorre de orientações anteriores de algum profissional da saúde:

Quando sinto dor em casa, coloco pomada, bolsa de gelo, tenho tudo em casa, os comprimidos que eu uso diclofenaco, dorflex, o farmacêutico me passou outro remédio para dor nas costas que eu não lembro o nome dele (João).

Em casa quando sinto dor eu não faço nada. Me torço pra um lado e pro outro, tomei diclofenaco estes dias. Passei no pé, alivia um pouco mas continua depois. Não vou ficar tomando remédio 24 h por dia porque não é bom, a gente aprendeu isso no grupo. Eu aprendi que nem sempre você pode toma remédio pra dor, porque você toma um remédio e atinge outra coisa (Maria).

No estudo de Arcanjo et al. (2007) também foi encontrado o uso destas práticas pelos participantes e que foi favorecido pela facilidade de adquirir o produto, podendo ser decorrente da dificuldade da assistência, cópias das receitas anteriores ou de experiências vividas da doença de outras pessoas de seu convívio social.

Neste estudo também foi observado o uso de chás e compressas, práticas relacionadas a cultura local e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde:

[...] ai eu cai pra trás, ai eu fiquei umas duas horas sem falar, desse tempo pra cá, ai tomei um chá de mentruz, porque não tinha médico lá no Piauí. Depois voltei ao normal, mas a dor nas costas nunca mais passou né, sempre tive problema nas costas (João).

Olha essa dor aí, às vezes eu tomava ibuprofeno, fazia aquele emplasto de santa maria, quente, frio, colocava no joelho. Socava alho e punha no emplasto e colocava em cima (Carlos).

Budó et al. (2008) observou no itinerário terapêutico do cuidado do usuário com dor, que a primeira opção se deu no domicílio junto a familiares próximos, utilizando chás, remédios caseiros e auto-medicação, e após isso, na persistência da dor procuram serviços de saúde na comunidade, prontos-socorros, na busca de um cuidado médico. Neste primeiro momento, houve poucos relatos de uso de compressas, atividade física e massagens. Evidencia-se que a influência cultural relacionada ao uso de chás, bem como o uso de medicamentos industrializados sem controle médico, uma vez que estes se encontram disponíveis com facilidade para a maioria da população (BUDÓ et al., 2008).

Arcanjo et al. (2008) reforçam em seu estudo sobre a importância da educação, conscientização sobre o autocuidado e aprendizado das causas e do que fazer quando sentir dores nas costas, e que isso possibilitou em seu trabalho, que as mulheres assumissem a responsabilidade sobre seu cuidado, oferecendo mais condições para a tomada de decisões, promovendo mudanças comportamentais, melhora da postura em suas atividades, bem como nos hábitos do cotidiano.

Nesta perspectiva o autocuidado não pode ser entendido como uma simples adoção de saberes técnicos de saúde pela pessoa, mas uma atitude prática relacionada à experiência, às condições de vida e interações sociais e comunitárias, indo contra a tendência de responsabilização individual da pessoa com dor crônica. Destaca-se que conceitos e teorias sobre autocuidado são exploradas em estudos da enfermagem e terapia ocupacional (BUB et al. , 2006; VITOR et al. , 2010; CASTANHARO; WOLFF, 2014). Constata-se na prática de ambas as profissões, que seus profissionais atuam orientando e auxiliando o indivíduo a agir com independência e autonomia em atividades cotidianas, como também preocupam-se com o engajamento do indivíduo em seu autocuidado (CASTANHARO; WOLFF, 2014). A interação interdisciplinar favorece que os objetivos de um plano terapêutico sejam atingidos, promovendo assim a efetividade na atenção à

população envolvida nesse processo, seja de adoecimento, seja de treino de habilidades e aquisições para promover a independência e autonomia para o autocuidado (CASTANHARO; WOLFF, 2014). Os terapeutas ocupacionais consideram que as habilidades do indivíduo para tarefas básicas se desenvolvem e mudam ao longo da vida, portanto buscam promover a sua própria independência e autonomia para realizá-las. Os enfermeiros realizam cuidados que visam à manutenção da vida, prevenção, promoção da saúde, tratamento e recuperação e, ainda, ao preparo do indivíduo para o autocuidado e descreve e explica o autocuidado como a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar (CASTANHARO; WOLFF, 2014). Bub et al. (2006) expõe que autonomia constitui a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. Essas ações afetadas por fatores básicos, tais como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sócio-cultural, fatores do sistema de atendimento à saúde, modalidades de diagnóstico e de tratamento, fatores familiares, padrões da vida, como por exemplo, engajamento regular em atividades, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos. Estes fatores se relacionam a importância dos determinantes sociais de saúde, autonomia e a co-responsabilidade no cuidado.

Contata-se também a importância do envolvimento de cuidadores e do apoio de familiares na promoção do autocuidado e autonomia, conforme já apontado anteriormente neste trabalho (CASTANHARO; WOLFF, 2014).

Campos e Campos (2006, p. 669) não colocam o conceito de autonomia e saúde como valores absolutos, não são valores estáticos e sim dinâmicos. Nesta perspectiva autonomia não é o contrário de dependência, sendo um processo de “co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 670). A co-produção de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação, depende do contexto em que está inserido, depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento para uma reflexão crítica de interpretação e ação, perspectiva esta também apontada por Freire (1996, p. 40).

Paulo Freire ressalta que “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém” (1996, p. 67), uma vez que a autonomia é sempre resultado de um esforço individual que gera o próprio amadurecimento e se constrói nas relações entre seres humanos e, somente nestas interações, ela se consolida. Isso implica repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo

do que é importante e necessário num tratamento e nos cuidados à saúde, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados. Nesta lógica, o encontro profissional de saúde e usuário deve ser de diálogo permanente, para que os pontos de tensões possam, em um processo de tomada de decisões coletivas, favorecer assim o cuidado e o autocuidado (FREIRE, 1996).

5.3.5 O Grupo de Dor Crônica

Todos os entrevistados relatam benefícios e melhora na dor que apresentam após as atividades do grupo, como traz a participante Sonia. O grupo é visto como uma alternativa de cuidado às dores crônicas. Os benefícios refletem na diminuição no uso das medicações:

Você vir neste grupo de dor é um remédio que você não precisa tomar. Você se diverte, você faz exercício (Sonia).

Eu encontrei esta forma, também fazendo assim a gente não usa mais medicação. Porque as dores vão sumindo (Eloisa).

Os relatos de dor persistem mesmo diante das diversas alternativas de cuidado utilizadas, percebe-se uma busca por um tratamento que cure suas dores, o grupo se mostra como uma alternativa de cuidado que melhora suas dores mas que não as eliminam:

Fiz muitas infiltrações, umas dez no direito, seis no esquerdo, acabei as últimas sessões em fevereiro. Pra mim o que ta melhorando minha situação é o grupo, nos primeiros dias, na primeira semana eu não andei praticamente. Falei que não ia continuar esse negócio porque eu tava pior. Mas agora não. É aquela dorzinha, mas não travo mais não. Já estou em um processo um pouco melhor. Me faz muito bem (Fernanda).

Dor na coluna melhorou muito, e no joelho quase não sinto mais. Tomava muito anti-inflamatorio. Tomava remedio, fazia fisioterapia e não resolvia. Ja faz uns três anos que participo. Mudou bastante minha vida. Melhorou as dores, faço amizade com a turma (Elisabete).

O grupo ajuda, neste caso aqui da dor, não melhorou, mas psicologicamente, ela melhora. Eu saio mais leve, mas a dor não ta indo embora. Mas ele ajuda sim, eu saio dali tipo voando, saio alegre, só que depois vai voltando , acho que se eu ficava no grupo todo dia, todo dia, acho que até eu melhorava (Renato).

E também nota-se uma melhora na realização de atividades do cotidiano domiciliares associado a participação no grupo:

Já estou neste grupo há uns 3 anos, eu desinchei muito, eu era muito inchada, você sente a diferença depois, que você consegue girar, minha coluna era assim se tu virar, tu morre (Sonia).

Era muito difícil pra mim não conseguir fazer minhas coisas, eu não conseguia fazer o básico dentro de casa. Hoje eu não consigo fazer uma faxina na minha casa, mas pelo menos eu vou e venho, e não dependo dos outros, consigo levantar e fazer comida para meu filho, antes ele chegava da escola e me encontrava da mesma forma que ele tinha me deixado (Antônia).

O contato com outros usuários e até mesmo com os próprios profissionais que realizam o grupo é valorizado nos relatos. Favoreto e Cabral (2009) apontam que nos encontros dialógicos, as pessoas reconheciam que trocar experiências com outros participantes com os quais se identificavam, os ajudavam a entender as suas próprias questões (FAVORETO; CABRAL, 2009). A relação, a interação e a identificação com o outro traz melhorias e é visto como um aspecto importante para a vida deles:

O grupo melhora, a gente se interage mais com as pessoas, porque a gente é o grupo, a gente participa um com o outro. A gente faz relaxamento também. É muito interessante, eu ficava só em casa, com os problemas e com as dores, hoje eu vejo que com o grupo eu interajo mais, vejo que outras pessoas também tem dores e também tão lidando com isso (Eloisa).

As meninas que são legais com a gente, faz exercício, a gente brinca, se diverte, solta piada. Assim a gente vai, eu acho muito bom, sinto falta quando não tem, eu acho que vai servir para os meus movimentos, e ocupa a cabeça, a gente brinca, presta atenção, tenta fazer. Pra nossa mente é muito bom. A gente não vai no posto de saúde só para contar que esta doente, a gente vem porque parece que é algo de bom que interessa pra gente. As vezes acontece de eu perder o ônibus, mas mesmo assim eu vou pra provar que fui, mesmo atrasada e perdendo uma parte da atividade. Mas eu fui eu me diverti, dei um abraço nas meninas (Maria).

Le Breton (2013) aponta que ao se tornar uma pessoa que sofre com a dor crônica, ela procura o terapeuta milagroso, divide suas experiências pessoais com outros atingidos pelas mesmas dores e que conhecem a mesma trajetória, há uma troca de experiências, de curandeiros, de remédios eficazes e de trajetórias de tratamentos, criando uma comunidade que ajuda a suportar esta condição. O indivíduo integra a dor a sua existência e organiza-se com ela (LE BRETON, 2013).

A prática de educação em saúde realizada pelos profissionais do grupo possivelmente influenciaram nos modos de vida dos usuários que dele participam. O processo de educação em saúde é direcionado para promoção de hábitos trazidos comumente como “mais saudáveis” do que outros:

Sem falar que o pessoal do grupo de dor ta sempre ali conversando com a gente, com o que pode e o que não pode, falando sobre os remédios, tudo que é melhor pra gente sempre ta ajudando. Eu aprendi sobre os exercicios, sobre comida, como a gente tem que se alimentar. Se acostumar com a dor, não tomar sempre remédio quando não indicado pelo médico (Maria).

Eu me sinto bem resolvida, bem tratada. Eu aprendi muita coisa, comer melhor, tomar bastante água, usar coisa natural conforme suas condições. Não é toda comida que eu como. Eu acho que pra minha pessoa, vir aqui no grupo foi o melhor remédio (Sonia).

Eu aprendi que é bom fazer exercício e não ficar assim parada, não presta pessoa assim parada dentro de casa, só ficar sentado assistindo televisão (Elisa).

Os exercícios físicos realizados pelos profissionais no grupo são vistos, a partir dos depoimentos, como uma prática de cuidado importante para os problemas que apresentam e que tem provocado bons resultados:

É bom movimentar, esticar, se eu pudesse fazia uma campanha, pra falar pras pessoas que usar medicamento prejudica, engordei 12 quilos, agora to correndo atrás do prejuizo, pessoa acima do peso com problema de coluna sofre mais. Eu não quero fazer cirurgia, só faço se for em último caso. Acho que a atividade fisica ajuda na socialização, que to sempre em contato com outras pessoas, parei de tomar remédio (Antônia).

O grupo é alternativa ao autocuidado, conforme já apontado anteriormente, no aspecto do apoio entre os participantes, que incluem também os profissionais de saúde e o próprio serviço de saúde. Em situações em que falta o suporte familiar, o grupo auxiliou na promoção ao autocuidado, que é reforçado com as ações de educação em saúde desenvolvidas neste espaço.

O caminho para o autocuidado surgiu para estes participantes como um processo de libertação e satisfação. À medida que as dores foram diminuindo, eles conseguiam retornar às atividades domésticas, e sentiram novamente produtivas conforme também observado no estudo de Arcanjo et al. (2008).

A promoção de hábitos considerados mais saudáveis pelos profissionais de saúde é resultado de práticas presentes na rotina dos serviços de saúde, e ainda muito utilizada nos processos de educação atuais em que há uma imposição de conteúdos técnicos que buscam a mudança de modos de viver.

Figueiredo et al. (2012) observou que o usuário, ao ampliar os seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença, sente-se mais capacitado para cuidar da sua saúde, já que se conscientizou dos riscos, dos cuidados necessários, das complicações e, também, da sua responsabilidade, o que pode estimulá-lo a buscar a promoção de sua

saúde, e não exclusivamente a cura de sua doença, o que favorece sua autonomia e o autocuidado.

O perfil dos participantes, marcado pela baixa escolaridade e faixa etária elevada, demonstra a sua vulnerabilidade, influenciada pelo contexto da sua vida, em que apresentou pouca oportunidade de vivenciar o processo educativo, necessário para se tornar cidadão, exercer autonomia e controle sobre a sua vida (FREIRE, 1996). Em sua trajetória de vida, vivenciou a valorização do saber do profissional de saúde, e o seu papel era de seguir fielmente as suas recomendações, o que o colocou em uma condição de passividade e, até mesmo, de alienação (FREIRE, 1996). É possível que os participantes estejam buscando, nos grupos educativos estruturados por doenças, o controle de sua doença, esperando uma educação prescritiva (FIGUEIREDO et al., 2012).

5.3.6 Percurso no SUS

Os relatos dos participantes têm em comum a busca por respostas para as dores sentidas no corpo. O percurso pelo SUS à procura de uma causa destas dores, algo que a resolva, que a cure, percorre caminhos que passam pela atenção básica, especializada e prontos-socorros, como apresentado no Quadro 1. Este trajeto é difícil, mostra um SUS com longas filas de espera para realizar um exame ou passar com um médico especialista, e que muitas vezes não se chega a um resultado esperado pelo usuário.

Cada vez que eu ia no pronto socorro era um diagnóstico diferente. Até que com a ajuda da UBS consegui passar no ortopedista, pedi um raio-X, quando ele me viu já disse que era uma hérnia de disco. Não deu nada no raio-X. Como eu estava sofrendo muito e ele só falava que podia passar o tratamento com o diagnóstico, aí eu fiz a ressonância particular, não fiquei esperando do SUS porque não conseguia esperar porque sentia muita dor. Isso foi 6 junho de 2017. Quando tive diagnóstico foi em outubro. Em novembro passei com ortopedista que falou que era caso cirúrgico e que não era mais com ele, que me encaminhou para especialista em coluna. Fui no ortopedista de coluna particular porque disseram que no SUS demora muito. Aí ele falou que não costuma passar cirurgia, passou 10 sessões de fisioterapia e 10 sessões de acupuntura. Fiz o orçamento dava 1840 reais. Como que uma pessoa que não tem salário paga um tratamento desse? Vim no SUS e me falaram que acupuntura não cobre, e a fisioterapia tem que por em fila de espera. Aí to esperando. O médico passou uma medicação sai da fase aguda e comecei a andar. Aí comecei a vir aqui, vocês me falaram pra vir aqui no grupo (Antônia).

As ações desenvolvidas na atenção básica incluem ofertas de cuidado além das consultas médicas. Estas outras opções foram oferecidas nos atendimentos :

Eu tinha encaminhamento do ortopedista, cheguei aqui na UBS e me falaram do trabalho que está sendo feito aqui por vocês, com os grupos de ginástica, fisioterapia (Eloisa).

Quadro 1 – Percursos dos usuários do grupo pelo SUS

Percurso	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Antônia	PS	UBS	Ortopedista	Exames/ Convênio	Ortopedista	Ortopedista especialista	fisioterapia/ acupuntura	UBS	Grupo de Dor crônica
	Alta procura		File de espera - Escolheu convênio			fila de espera - convênio	não conseguiu pagar	enfermeira	
Maria	UBS	Ortopedista	Fisioterapia	Ortopedista	Fisioterapia	UBS	Grupo Lian Gong	Grupo Dor crônica	Hidroginástica
	Realizou muitas vezes este percurso						ACS		
Sonia	PS, UPA	UBS	Ortopedista	UBS	Reumatologista	UBS	Grupo De dor crônica		
	Alta procura	Médico generalista	Relata que passou por 6 médicos diferentes			ACS			
Elisabete	PS	UBS	Ortopedista	Fisioterapia	UBS	Grupo de dor crônica			
	Alta procura	pagou pelo atendimento queixa de muita espera pelo SUS			Médico generalista				
Fernanda	UBS	Ortopedista	Procedimentos	UBS	Grupo de dor crônica				
			infiltrações no joelho	dentista					
Eloisa	UBS	Grupo de dor crônica	Ortopedista	Grupo de dor crônica					
	enfermeira	Encaminhada ao grupo enquanto aguarda vaga de ortopedista							
João	UBS	Grupo de dor crônica							
	Médico generalista								
Carlos	UBS	Ortopedista	Ortopedista	UBS	Grupo de dor crônica				
	Médico generalista		cirurgia	Enfermeiro					
Renato	UBS	Ortopedista	Exames	Ortopedista	UBS	Grupo de dor crônica			
	Médico generalista				Médico generalista				
Elisa	UBS	Exames	UBS	Grupo de dor crônica					
	Médico generalista								

No Quadro 1 nota-se que o percurso pelo SUS descrito pelos usuários acompanha um fluxo preexistente de cuidado a partir de uma porta de entrada (UBS), que solicita exames, então encaminha ao médico especialista e este, define a continuidade do cuidado por solicitações de novos exames, procedimentos, cirurgia e fisioterapia. A baixa resolutividade das queixas, tanto na atenção básica e na especializada, faz os usuários buscarem novamente apoio na UBS, que propõe outras alternativas de cuidado como o grupo de dor crônica, Lian Gong, acupuntura, acompanhamento pela equipe do NASF,

entre outros. Importante ressaltar que estas outras alternativas surgiram em 2015 em discussão com as equipes, diante das longas filas de espera para consultar com o ortopedista, e também com a contratação das equipes do NASF neste município. Estas alternativas de cuidado realizadas em horário de funcionamento da UBS, não conseguem proporcionar um cuidado a todos que deles necessitam, já que a organização destas atividades acaba sendo definida pelos próprios profissionais de saúde que a realizam. O acesso ao pronto-socorro, como a UPA, é uma alternativa importante, notada pela alta demanda de queixas de dor neste serviço.

A saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social, barreiras que impedem melhor qualidade de vida vão do nível do macrosistema, incluindo o sistema de governo, as instituições e o sistema econômico, até o plano do microsistema, como pessoal, íntimo, cultural e força pessoal (GEIG, 2012). Assim, o tipo de assistência ao cuidado em saúde ofertado pode ser um dos fatores que impedem a melhora de seu quadro clínico e da qualidade de vida e a continuação dos seus sintomas. Apesar da busca pela melhora da qualidade de vida, os problemas físicos, persistentes e dolorosos podem se tornar uma procura frustrante e impossível, no que se refere à falta de recursos e às dificuldades relacionadas ao contexto de vida. Estes percursos não finalizam no grupo, optou-se por concluir neste momento pois as entrevistas estavam centradas no cuidado às dores crônicas. Outros aspectos que englobam as dimensões da dor crônica não foram abordados como estratégia de cuidado relatadas pelos usuários. Isso pode ser explicado pelas práticas de cuidado nos serviços de saúde estarem ainda centradas no corpo em sua dimensão biológica.

Segundo sua condição social, cultural, recursos financeiros e seus conhecimentos preliminares, o doente recorre ao médico, curandeiro, ou outro profissional, sendo que o recurso escolhido resulta também de pedidos de conselhos de amigos, pessoas da vizinhança, que agem conforme valores próximos (LE BRETON, 2013, p. 149). A pessoa com dor crônica inicia uma trajetória, marcada pela busca de sentido e alívio, em uma preocupação permanente de manter uma identidade estável e coerente, em preservar a imagem aos olhos dos outros apesar das dificuldades inerentes ao sofrimento contínuo (LE BRETON, 2013, p.150). Ela vive na expectativa de um diagnóstico que faça que suas dores se encaixem em uma categoria pensável, e que dê, enfim, uma legitimidade a sua queixa e justifique seus comportamentos (LE BRETON, 2013, p. 151).

A opção por trajetórias de cuidado centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes sociais de saúde da busca de cuidado. Mais do que saber, como nos estudos de demanda, se essa busca acontece ou não, é importante conhecer, conforme como e em que momento se dá e quais os significados atribuídos pelo usuário, podendo ser uma estratégia para descrever o perfil do usuário ou padrões de utilização de serviços de saúde, sendo pertinentes aos estudos e atividades de planejamento e gestão do SUS (CABRAL et al., 2011). Outro ponto a se destacar, o usuário com dor crônica é atendido por diversos profissionais de saúde e serviços, em que seus membros não se comunicam entre si, mas que, através da dor, se unem e se mobilizam sem saber o que realmente fazem. Está presente nas falas, a baixa resolutividade em relação as queixas apresentadas, que favorecem ao aumento de encaminhamentos a outros serviços e profissionais, com poucas ofertas de cuidado que consideram as reais necessidades destes usuários. Para estes usuários, a atenção básica possibilitou outras ofertas de cuidado que auxiliaram em um rompimento de um ciclo de cuidado que esteve voltado a queixa, medicalização e encaminhamentos (exames e outros profissionais) que se repetia muitas outras vezes com o mesmo usuário.

Mata et al. (2011) destaca em seu estudo sobre a importância da identificação de necessidades locais relacionadas a queixa de dor crônica, que possam contribuir para uma política de atenção em que se considere a integração dos níveis de assistência, sobretudo o que se propõe a ser mais resolutivo, com menor custo e com maior afinidade com as famílias e indivíduos, que é a atenção básica. Para isso, também se faz necessária uma mudança nos paradigmas da atuação profissional nas ESF, a mudança do modelo médico-centrado para a incorporação de novos profissionais na equipe multiprofissional que deem resposta aos da população, como o educador físico e o fisioterapeuta, bem como a mudança na forma de trabalho, pois as ESF não devem reduzir os seus compromissos com a população a agendamentos de consulta, mas sim aproximar-se realmente da população coberta, ouvindo seus anseios e necessidades (MATA et al. , 2011).

5.4 Quartas Impressões: o olhar de quem cuida do outro

As impressões sobre o grupo e as ações desenvolvidas pelos profissionais que o conduzem foram coletadas, sob o olhar também da pesquisadora, que realizou algumas

observações das atividades realizadas. Os profissionais também construíram breves narrativas do seu processo de trabalho no grupo que desenvolviam.

Todos os profissionais que faziam as atividades do grupo foram convidados a construir narrativas contando sobre sua experiência de trabalho no grupo e sem a necessidade de identificação de autoria. O convite apresentava alguns pontos que poderia constar na narrativa: contar como chegou até o grupo; há quanto tempo participa dele; qual sua função no grupo; quais ações que desenvolve e que identifica que são de educação em saúde, e os resultados que observa após o desenvolvimento delas.

Todos os profissionais (quatro) entregaram a proposta de narrativa: uma médica, a fisioterapeuta, a apoiadora em saúde e a educadora física. As narrativas encontram-se na íntegra no Apêndice C deste trabalho.

Narrar um processo, uma história, uma experiência não é simples, e neste ponto quero destacar que as narrativas não seguiram as expectativas desejadas anteriormente, a partir do objetivo deste trabalho. As palavras se uniram formando descrições superficiais de um processo de trabalho que é desejável ou esperado que aconteça.

Vários motivos podem ter ocorrido para que não fosse possível obter este objetivo, estes envolvem a pouca prática no processo reflexivo e da construção de narrativas, como também a forma de abordagem e convite aos profissionais de saúde que realizam o grupo.

Trad (2012) traz que é razoável supor que parte do êxito da construção da narrativa depende da maior sensibilidade ou habilidade do pesquisador nos processos de interação, escuta e observação em campo.

Marcolino e Mizukami (2008) em seu estudo apontam a categoria de “narração descritiva”, como um registro dos eventos em que não há justificativa para a ocorrência das ações. A narração descritiva se detém na descrição da situação e de seu contexto, apresentam o desenrolar da trama, mostrando as ações dos personagens envolvidos, sem suas justificativas explícitas. Como um tipo de fragmento que apresenta a percepção do profissional de saúde em descrever uma observação no momento presente (MARCOLINO; MIZUKAMI, 2008).

As expressões gramaticais características desses eventos foram: observo e percebo. Além de outras expressões gramaticais que parecem indicar uma observação subjetiva da terapeuta sobre o que poderia estar acontecendo com o usuário e com o grupo de dor crônica (MARCOLINO; MIZUKAMI, 2008):

Percebo que há uma troca entre os profissionais, trocas essas que estão ajudando bastante na saúde dos usuários (1).

Temos observado a satisfação dos usuários com o relato nos grupos (2).

Silva e Trentini (2002) apontam que a pessoa organiza sua narrativa também considerando quem a está ouvindo. Ela tenta guiar a impressão que o outro terá a seu respeito, geralmente projetando uma imagem favorável. Isso pode ser verificado na força que o narrador coloca em certos aspectos de sua história, não só no que ele diz, mas também em como ele diz, tentando convencer o seu ouvinte (SILVA; TRENTINI, 2002). Em seu estudo, Azevedo e Gomes (2019) observaram no contexto de produção das narrativas solicitadas, que pode ser que alguns sentidos ou reflexões possam ter sido omitidos, e talvez, possa ter havido alguns filtros sobre aspectos considerados negativos para que não melindrassem os avaliadores das narrativas.

A partir da leitura dos relatos, foi possível destacar três temas: descrição sobre o grupo, atividade de educação em saúde e efeitos observados nos usuários.

Todos os profissionais que realizam o grupo o descrevem como um trabalho em equipe multiprofissional, em que cada um exerce um papel na atividade, conforme descreve um deles:

Trabalhamos em equipe, onde participam um fisioterapeuta que avalia as condições e comorbidades dos pacientes, uma médica que faz orientações em saúde e principalmente sobre como conviver com dores crônicas como as artroses, artrites, dores na coluna em geral. Uma enfermeira, um dentista que trabalham com a auriculoterapia e uma psicóloga que geralmente fala sobre a importância da pessoa se tratar [...] (3).

Todos relatam de forma similar as atividades de educação em saúde. Há uma descrição sobre a sequência das atividades, como elas costumam acontecer e o papel de cada um.

Iniciamos o grupo com uma apresentação dos novos participantes, em seguida a educadora física e a fisioterapeuta iniciam um aquecimento com exercícios de alongamento. Após o aquecimento iniciamos com atividade física terapêutica direcionada para as queixas dos integrantes do grupo. Durante o período do grupo a dentista e a apoiadora fazem auriculoterapia em um número determinado de pacientes, revisando os pacientes para que todos tenham a oportunidade de participar da terapia. Ao final da atividade física, fazemos uma roda de conversa, onde todos os integrantes do grupo relatam suas experiências sobre suas comorbidades, sobre como o grupo está ajudando na melhora das dores crônicas e na qualidade de vida de cada um (4).

Os estudos de Neto et al. (2010) e Mata et al. (2011) mostram a relevância do trabalho em equipe multiprofissional no cuidado em saúde, que promova ações

verdadeiramente integrais na atenção básica, especialmente aos usuários com dor crônica, devido a prejuízos encontrados na qualidade de vida (CAPELA et al. 2009, FIGUEIREDO, et al. 2012).

A interação interdisciplinar favorece que os objetivos de um plano terapêutico sejam atingidos, promovendo assim a efetividade na atenção à população envolvida nesse processo, seja de adoecimento, seja de treino de habilidades e aquisições para promover a independência e autonomia para o autocuidado (CASTANHARO e WOLFF, 2014).

Os profissionais também reforçam nas atividades uma mudança para um estilo de vida “mais saudável” como um objetivo do trabalho que desenvolvem, e há um estímulo ao autocuidado:

A educação em saúde se dá à medida em que relatamos um estilo de vida mais saudável com alimentação saudável, ingestão hídrica, e a realização de atividades físicas além do grupo (2).

Trabalhamos com orientações sobre alimentação saudável e a importância de estar com peso adequado, pois o sobrepeso muitas vezes piora as condições clínicas de saúde. Falo sempre no equilíbrio que tem que existir para qualquer pessoa que é a utilização da medicação quando indicada e de forma racional, alimentação saudável e a prática da atividade física regular (3).

Ao mesmo tempo em que há uma prescrição de modos de vida mais saudáveis nas ações de educação em saúde, os profissionais citam também que proporcionam uma abertura para escuta dos temas de interesse pelos usuários para então elaborarem a atividade que será realizada:

Cada dia, os próprios integrantes do grupo escolhem um tema sobre saúde que será discutido no próximo dia do grupo, no final da roda de conversa. Eu preparo uma pequena palestra sobre o tema escolhido e depois debatemos escutando a opinião dos integrantes do grupo e suas experiências particulares com aquele tema. Por exemplo, alguns temas escolhidos pelos pacientes foram: Artrose, Artrite, Tendinite, Bursite, Hernia de Disco, Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla, prevenção do câncer na mulher e no homem com exames periódicos, hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividades físicas no dia a dia do paciente (4).

Faço falas aos usuários, como apoiadora em psicologia procuro trabalhar também queixas as quais nos relatam (1).

Assim, consideram um espaço que reforça a troca de experiências entre usuários e entre os profissionais também:

Percebo que há uma troca entre os profissionais, trocas essas que estão ajudando bastante na saúde dos usuários. Tenho função de poder somar com os mesmos para que juntos possamos proporcionar uma qualidade de vida melhor aos usuários (1).

Além de ser um espaço de convívio social onde a troca de informações e experiências contribui para uma melhora no bem estar mental das pessoas. Depois das atividades sentamos em roda e conversamos sobre como os pacientes estão se sentindo e os relatos têm demonstrado que muitos pacientes tem apresentado melhoras significativas , inclusive na medicação utilizada (3).

E em relação ao que foi observado, a organização das atividades e do processo de educação em saúde esteve centrado em uma relação profissional de saúde e usuário, em que o profissional propõe a mudança de hábitos e modos de viver vistos como “inadequados” para quem tem ou não um problema de saúde a enfrentar (no caso a dor crônica). O grupo mesmo estando aberto a escuta dos problemas trazidos pelos usuários ainda mantém a fórmula dos grupos de educação em saúde que ocorrem na UBS que pretendem mudar hábitos de vida para promover saúde. Abaixo faço alguns destaques do caderno de observação:

Participavam da atividade 25 pessoas. Entrei no salão da igreja e fui bem recebida pelos participantes. Observo uma parte do grupo já iniciando seus alongamentos, um aquecimento, no canto, conversando com outros que também estão fazendo os exercícios. Do outro lado um grupo de pessoas se abraça, conta sobre novidades, sobre suas vidas, parecem se conhecer há um tempo. Outros vão chegando, entregam a carteirinha para um dos profissionais que anota na lista de presença os nomes dos participantes. Nota-se a animação de estarem naquele espaço, encontrando outros participantes que parecem já se conhecerem há um tempo. A atividade inicia após a educadora física dar os primeiros comandos sobre o movimento a ser realizado, todos copiam, percorrem o salão realizando os movimentos conforme orientado. Nota-se que eles esperam por esta atividade, gostam de realizar os exercícios, o grupo é bem animado. A profissional ao identificar algum movimento errado corrige o participante, faz as orientações conforme observa, parece conhecer cada um dos participantes. Observo que são usuários que já estão há algum tempo na atividade já sabem do funcionamento. Ao final das atividades todos sentam em roda e a médica começou a falar sobre alimentação saudável.

Percebe-se uma utilização de métodos de educação contraditórios, um que promove a transmissão de conhecimento e paralelamente há uma abertura à troca de experiência e escuta de necessidades. Na estratégia metodológica adotada nesta segunda perspectiva, há uma pequena valorização da escuta e das necessidades dos usuários uma tentativa de aproximação da perspectiva proposta por Paulo Freire, que ainda pretende problematizar o conhecimento popular, articulando-o com o saber técnico-científico, e, por meio deste processo, possibilitar que os sujeitos atuem na transformação da sua realidade (OLIVEIRA et al., 2014). Neste grupo observado pela pesquisadora, pouco foi problematizado os contextos expostos, a escuta dos usuários sobre suas queixa e dores,

suas dúvidas e dificuldades no cotidiano auxiliaram na promoção de novas palestras, orientações de como se deve fazer para melhorar, de forma prescritiva e em alguns momentos culpabilizadora. Lima e Trad (2007) colocam que o caráter crônico da dor é um ponto de conflito entre o profissional de saúde e o doente. Os centros de cuidado para dor organizam-se em torno de uma ideologia orientada para a adaptabilidade à dor e o reconhecimento da influência de atitudes e comportamentos na expressão da dor. Este pressuposto admite que determinadas atitudes do doente possam indicar uma disposição à redução ou eliminação da dor, como também, em outro extremo, poderá responsabilizar o doente por sua dor (LIMA; TRAD, 2007):

[...] participam uma enfermeira, uma dentista que trabalham com a auriculoterapia e uma psicóloga que geralmente fala sobre a importância da pessoa se tratar, pois ela é a principal responsável pela sua condição de saúde (3).

Um outro ponto a se considerar foi que o perfil dos participantes do grupo, evidenciado por adultos e idosos com pouca escolaridade e que evidenciaram por muito tempo uma educação prescritiva e bancária, em que o usuário ou educando é colocado em situação de sujeito passivo, situação também observada por Figueiredo et al. (2012). Foi notável que o grupo proporcionou ganhos em algumas mudanças de hábitos de vida e trouxe bem-estar aos seus participantes, que referem melhora em suas dores. Porém observou-se que ainda persiste o desafio da promoção de práticas educativas dialógicas e reflexivas, os usuários se colocam nesta posição passiva e tem esta expectativa em relação ao profissional de saúde. Foi observado que os usuários no grupo quando provocados a contar sobre si, suas dúvidas, suas experiências e expectativas para seu cuidado no grupo, tinham dificuldades em responder, expressado com um silêncio ou com respostas esperadas como: “Vocês é que são os professores, o que vocês trazerem pra nós está bom assim”.

Oliveira et al. (2014) observou em seu estudo que durante o processo formativo, os trabalhadores da saúde não são capacitados para desenvolver práticas educativas na perspectiva emancipadora e dialógica. Desse modo determina-se a perpetuação das práticas tradicionais. A formação, em regra, não privilegia a concepção ampliada de saúde, tampouco a metodologia da educação popular.

Figueiredo et al. (2012) constatou em seu estudo, que buscou compreender a educação em saúde na perspectiva do usuário, que a concepção de educação em saúde presente nas práticas educativas não se encontrava embasada em uma abordagem

determinada, sendo desenvolvida conforme a experiência dos profissionais, cuja formação foi concluída na pedagogia de transmissão, mas já recebendo a influência da pedagogia problematizadora. Eles ora utilizavam a Transmissão, ora a Problematizadora, mesmo que, na maioria das vezes, a intencionalidade fosse utilizar a prática dialógica.

Outro aspecto que se aproxima da perspectiva proposta por Freire, é a formação de um espaço de trocas de experiência, conforme também apontado por Gazzinelli et al. (2005) que ressaltam a formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, na qual buscam-se o compartilhamento e o desenvolvimento de potencialidades na tentativa de ultrapassar limites e dificuldades, promovendo autonomia aos sujeitos envolvidos (GAZZINELLI et al. 2005). Vale ressaltar que esse processo de troca de conhecimento entre os pares reflete a importância do saber popular, da contextualização da realidade, da história e das vivências dos usuários, importantes para o processo de educar em saúde (FIGUEIREDO et al., 2012).

Ao mesmo tempo é necessário destacar destes fatos observados, das narrativas apresentadas e dos relatos dos usuários, a respeito da ótima adesão que este grupo tem. São notáveis a alegria e a vontade de estar naquele espaço, como também a relação que há entre eles, seja por estar em um espaço de convivência com outros que sentem o mesmo que eles, ou por se sentirem cuidados e talvez atendidos em suas necessidades.

Os relatos dos profissionais de saúde apresentam uma melhora referida pelos usuários que participam do grupo. Esta melhora esteve relacionada com a diminuição da dor, no uso da medicação, na auto-estima, nas questões emocionais, na socialização e na qualidade de vida, alguns aspectos também observados nas entrevistas com os usuários. Assim, observa-se que mesmo que o grupo ocorra utilizando diversas metodologias, conforme experiência de cada profissional, que de certa forma, tanto os usuários, como os profissionais identificam um quadro de melhora na dor, em outros aspectos da vida e também na satisfação em frequentar aquele espaço.

Percebemos a satisfação dos mesmos e os relatos que nos trazem pelas falas de melhora na parte física e mental. Temos relatos de uma paciente que é portadora de transtorno mental que hoje relata estar melhor, depois que começou a frequentar o grupo, pois se sente com a autoestima melhor (1).

Os paciente tem uma boa aderência ao grupo, não costumam faltar e é visível a melhoria na qualidade de vida de cada um, além da socialização entre eles no grupo, surgindo novas amizades. Sendo um momento de relaxamento e descontração (4).

6 O FIM PARA UM NOVO COMEÇO

Meu percurso como apoiadora em saúde e depois como coordenadora de UBS finalizou em novembro de 2018, a produção de dados continuou após esta vivência longa e intensa trabalhando no município de São Bernardo do Campo. Em 2019 comecei a trabalhar no município de São Paulo, em uma equipe NASF. Nesta nova fase, como fisioterapeuta, com um novo olhar ao usuário e aos contextos em que estão inseridos. Ter realizado esta pesquisa e ter experimentado outras formas de atuação na atenção básica, permitiu uma nova perspectiva ao cuidado, principalmente às dores crônicas.

A cartografia neste estudo possibilitou compreender o contexto desta experiência, a partir de uma descrição desta vivência da pesquisadora, um aprofundamento em relação às percepções dos usuários participantes de um grupo de dor crônica em uma UBS e uma análise sobre o processo de educação em saúde que os profissionais de saúde desenvolviam neste grupo, partindo de um olhar do usuário, do profissional de saúde e desta pesquisadora.

Sentir dor não foi desejado, trouxe limitações em suas vidas, provocando sofrimento. Ao mesmo tempo esteve relacionada a aceitação desta sensação e das condições impostas. O gênero feminino, a baixa escolaridade, ocupações não-remuneradas ou que envolvem muito esforço físico (domésticas, do lar, trabalhos manuais repetitivos, entre outros) se apresentaram como fator de risco para a dor. É evidente a sobrecarga de trabalho vivido pelas mulheres que exercem o trabalho doméstico (não remunerado) associado ao trabalho remunerado. O envolvimento familiar esteve presente como forma de “ajuda”, como uma auxílio diante da dificuldade ou até incapacidade da mulher em realizar as tarefas domésticas. As formas de enfrentamento expressadas diante da dor foram diversas, desde atividades físicas, o próprio grupo de dor crônica, uso de medicamentos, o repouso e se manter ativo.

A co-produção de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação, depende do contexto em que está inserido, e da capacidade de utilizar esse conhecimento para uma reflexão crítica de interpretação e ação (FREIRE, 1996; CAMPOS; CAMPOS, 2006). A complexidade que envolve o cuidado em saúde é essencial considerar os determinantes sociais de saúde para promoção da autonomia dos usuários nas práticas de saúde. Diante destes relatos, notamos a importância de avaliar o significado da doença e da dor, para compreender as dimensões que atingem a qualidade de vida e, desta forma, guiar-nos quanto a atitudes e terapêuticas mais eficazes.

Os relatos dos usuários permitiram mergulhar em partes de sua trajetória de vida e adoecimento, possibilitando conhecer e traçar pontos semelhantes nos percursos, que buscam inicialmente um cuidado mais imediato em serviços de urgência, ou mesmo o autocuidado em casa (automedicação) e na maioria dos casos pela UBS para um acompanhamento especializado. O paciente segue um fluxo que pouco integra suas necessidades, passando por especialistas, exames, especialistas novamente, em um fluxo repetitivo, que na falta de respostas se busca por resultados em outros tipos de práticas não medicamentosas (fisioterapia e acupuntura). O grupo esteve ao final do trajeto relatado.

Para estes usuários este grupo supriu suas necessidades (pelo menos daquele momento) de cuidado às suas dores. Dores que acompanham uma vida, persistem por um longo período, que é visto como sofrimento, mas que ao mesmo tempo se acostumam a ela. Ainda são poucas as alternativas de cuidado às dores crônicas, principalmente se considerarmos que esta demanda é alta nos serviços de saúde (como apontado pelos estudos e também por esta pesquisadora). Este grupo beneficia uma parcela pequena desta população que acaba em sua maioria buscando outras alternativas de cuidado, como a automedicação, a visita aos acolhimentos, aos prontos-socorros, principalmente se considerarmos que este grupo ocorre em horário inviável à população que trabalha por exemplo.

Notou-se pelos relatos dos usuários e dos profissionais de saúde, uma resolutividade na prática educativa neste grupo. Estes usuários referiram melhora nas suas dores, diminuição no uso da medicação para dor, uma maior facilidade na realização das atividades do cotidiano e domésticas, proporcionou bem-estar na interação com outros usuários que também tinham dor crônica, e também ampliou estratégias de autocuidado. Com estes depoimentos, também foi notado a importância dos exercícios físicos no alívio da dor, muito valorizado pelos usuários devido aos benefícios proporcionados às suas vidas.

O processo de educação em saúde desenvolvido no grupo não foi embasado em uma abordagem determinada, sendo desenvolvida conforme a experiência do profissional, mas com abertura e a intenção de desenvolver uma prática mais dialógica, apesar de se apresentar mais prescritiva. Outro aspecto, este grupo, ao permitir encontro, promoveu maior interação e vínculo entre os usuários e profissionais.

É comprovado que a prática de educação em saúde partindo de uma perspectiva utilizada por Paulo Freire, promove saúde e crescimento de ambas as partes

profissional de saúde e usuário. A prática exige disponibilidade. Estar disposto não é tão simples, nem para o profissional de saúde como também para o usuário, ambos acostumados a uma educação bancária, como refere Paulo Freire (2011). Freire (1996, p.136) coloca que “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento”. Romper com uma forma de educar de anos e anos, em que há uma distância entre educador e educando não é tarefa fácil.

Os usuários estão habituados e esperam atividades nos grupos educativos estruturados por doenças, no seu controle e esperando uma educação prescritiva, dificultando o diálogo já que eles aguardavam pelas orientações de saúde proporcionadas a eles. É possível que isso tenha sido influenciado pelo perfil dos participantes, marcado pela baixa escolaridade e faixa etária elevada, pelo contexto da suas vidas, com pouca oportunidade de vivenciar processos educativos reflexivos e dialógicos. As práticas de educação em saúde transmissivas ainda são comuns no dia a dia dos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2012; GAZZINELLI et al., 2005; OLIVEIRA et al. 2014).

Sugere-se que a educação em saúde seja utilizada pelos profissionais de forma dialógica e sistemática, valorizada pelos gestores e profissionais, buscando maior inserção dos usuários, com ações facilitadoras que considerem a realidade local e suas necessidades, com valorização da pedagogia problematizadora, discussões de temáticas sugeridas pelos usuários e relacionadas, também, à promoção de saúde e prevenção de doenças. Para que isso se efetive, é necessário que os profissionais de saúde participem de ações de Educação Permanente, para que possam proporcionar aos seus pacientes práticas de educação em saúde que promovam maior autonomia, um cuidado integral e mais resolutivo, conforme apontado também por Figueiredo et al. (2012). Abrir espaços de produção de diálogo, de reflexão, problematização, possibilita a construção de uma relação de co-responsabilidade favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde tanto para os usuários, como para os profissionais, promovendo assim a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com o projeto democrático do SUS.

Para o cuidado às dores crônicas sugere-se que ele esteja vinculado às necessidades de saúde e a promoção da autonomia dos usuários, buscando retomar as atividades cotidianas, recuperar a função, sair do isolamento social, apesar da permanência da dor, aspectos notados nos relatos neste estudo, e que promova uma

mudança da posição do doente no processo terapêutico, deixando de ser passivo para fazer parte do seu próprio cuidado (LIMA; TRAD, 2007).

Espera-se que este trabalho contribua também para a reflexão dos profissionais de saúde e gestores, sobre o potencial de transformação da prática educativa, de modo que entendam os grupos de educação em saúde, não como uma atividade a mais a ser realizada, mas como alicerce que reorienta a atenção à saúde e que nesse sentido, possam mudar a sua abordagem durante os grupos educativos, tornando-se facilitadores no processo ensino-aprendizagem (FIGUEIREDO et al., 2012). É necessário saber escutar, permitindo que o relato dos usuários sobre as experiências de vida, suas opiniões e sentimentos permitam o vínculo e a colaboração a respeito das ações educativas, assim a disponibilidade ao diálogo é essencial para estabelecer o cuidado humanizado, sendo necessário para que as barreiras de comunicação entre profissionais e usuários sejam superados. Isso permite maior conhecimento sobre as reais necessidades dos usuários com dor crônica, proporcionando ações de prevenção e promoção à saúde, a identificação de barreiras no cuidado e assim a construção de um cuidado mais compartilhado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.P. et al. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.3, p.531-539, 2013.
- ALMEIDA, A.P.F. et al. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.8, n.1, p. 83-91, 2008.
- ARCANJO, G.N., VALDES, M.T.M., SILVA, R.M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, sup 2, p. 2145-2154, 2008.
- AZEVEDO, C.R.F.; GOMES, R. O uso de narrativas na educação permanente em saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. **Interface – Comunicação, Saúde e Educ.**, v.23, 2019.
- ARCANJO, G.N. *et al.* Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p.389-397, 2007.
- BADUY, R.S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.295-304, 2011.
- BARDIN, L. Organização da Análise. In: _____. **Análise de Conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 1977. p. 11-220.
- BARROS, J.A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude e sociedade**, v. 11, n.1, p. 67-84, 2002.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD -2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BARROS, R.B.; PASSOS, E. Diário de Bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. ; ESCOSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.172.
- BARROS, S.R.A.F. *et al.* A magnitude da dor na “porta de entrada” preferencial do Sistema Único de Saúde. **Rev Dor**, v. 16, n.4, p. 285-287, 2015.
- BORGES, C.C., JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento : ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enf.**, v.17, n. 1, p. 64-71, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 de nov.2018.
- BREIVIK, H. *et al.* Why pain control matters in a world full of killers diseases. **Pain: Clinical Updates**, v.12, n.4, p. 1-4, 2004.
- BUB, B.C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.15, p. 152-7, 2006.

BUDÓ, M.L.D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor, a cultura e as alternativas populares. **Rev Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.12,n. 1, p. 90-96, 2008.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17,n.1, p.77-93, 2007.

CABRAL, L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4433-4442, 2011.

CAMPI, L.B. *et al.* Influência de abordagens biopsicossociais e autocuidados no controle das disfunções temporomandibulares crônicas. **Rev Dor**, v.14, n.3, p. 219- 222, 2013 .

CAPELA, C. *et al.* Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.16, n.3, p.263-8, 2009.

CARVALHO,C.C. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **Br J Pain**, v. 1, n.4, p. 331-338, 2018.

CASTANHARO, R.C.T. ; WOLFF, L.D.G. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 175-186, 2014.

DELLAROZA, M.S.G. *et al.* Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.5, p. 1151- 1160, 2007.

DELLAROZA,M.S.G. *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev Assoc Med Bras**, v.54, n.1, p. 36-41, 2008.

DELLAROZA,M.S.G.*et al.* Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p.914-922, 2013.

DELEUZE,G.; GUATTARI, F. **Mil platôs-capitalismo e esquizofrenia**, v.1.1. ed. Rio de Janeiro: Ed.34, 1995.

FALKENBERG, M.B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p. 847-852, 2014.

FAVORETO, C. A. O.;CABRAL, C. C. Narratives on the health-disease process: experiences in health education operational groups. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.7-18, 2009.

FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. La narrativa como herramienta para el desarrollo de la práctica clínica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.473-83, 2011.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Org). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.

FERREIRA, K.A.S.L. *et al.* Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em centro multidisciplinar de dor. **Cad. saúde colet.**, v.16 , n.3 , p.449- 470, 2008.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface - Comunic., Saude**,

Educ., v.16, n.41, p.315-29, 2012.

FLISCH, T.M.P., *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.18, Supl 2, p.1255-1268, 2014.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad, Saúde Pública**, v.24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 107-133.

FRANCO, T.B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.161- 198.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 42 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GAZZINELLI, M.F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.1, p.200-206, 2005.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GOREN, A. *et al.* Prevalence of pain awareness, treatment, and associated health outcomes across different conditions in Brazil. **Rev Dor**, v.13, n. 4, p. 308-319, 2012.

HARSTALL, C.; OSPINA, M. How prevalent is chronic pain? **Pain Clin Updates**, v. 11, n.2, p. 1-4, 2003.

IASP. **Classification of chronic pain**. Second edition (Revised). p. 207, 2012.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. **Percepção do Estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**, Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, orçamento e gestão, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>>. Acesso em 12 junho de 2019.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v.15, n.1, p.117-133, 2008.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad saúde pública**, v.23, n.11, p. 2672-2680, 2007.

LE BRETON, D. **Antropologia da Dor**. 1 ed. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

LODUCA, A. *et al.* Chronic pain portrait: pain perception through the eyes of sufferers. **Rev Dor.**, v.15, n. 1, p. 30-35, 2014.

MARCOLINO,T.Q.; MIZUKAMI, M.G.N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.12, n.26, p.541-547, 2008.

MARTINEZ, J.E. *et al.* Perfil de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética em unidade básica em Sorocaba. **Rev Bras Clin Med**, v.6, p.167 -171, 2008.

MATA, M.S. *et al.* Dor e Funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n.1, p. 221-230, 2011.

MEDEIROS,M. PINHEIRO, L.S. Desigualdades de gênero em tempo de trabalho pago e não pago no Brasil, 2013. **Rev.Soc. Estado**, v.33, n.1, 2018.

MENDEZ, S.P. *et al.* Elaboration of a booklet for individuals with chronic pain. **Rev Dor. São Paulo**, v. 18, n.3, p. 199-211, 2017.

MEYER, D.E.E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p.1335-1342, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-67.

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. Disability, everyday life and subjectivity: the narrative of workers with RSI/WMSD. **Interface-Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.55-66, 2009.

NETO, A.A. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. **Rev Bras Clin Med.**,v. 8, n.5, p. 428-433, 2010.

OLIVEIRA,L.C.; AVILA,M.M.M.; GOMES, A.M.A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Popular participation in health education initiatives: challenges for primary healthcare professionals. **Interface**, v. 18, Supl 2, p.1389-1400, 2014.

OLIVEIRA, L.H.S. *et al.* Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia : acolhimento e humanização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n.4, p. 1309-1332, 2017.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad saúde pública**, v.19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

REIS, R.J. *et al.* Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforço repetitivo. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.3, p. 292-298, 2000.

RIOS, J.C.S. *et al.* Efeitos de um programa educacional de autocuidado de coluna em idosos com dor lombar crônica : um estudo quasi-experimental. **Motricidade**, v.11, n. 1, p. 53-63, 2015.

RODRIGUES, D. *et al.* Prevalence of chronic pain among elderly living in a city of northern Rio Grande do Sul. **Rev Dor**, v.17, n.3, p. 201-204, 2016.

RUVIARO, L.F.; FILLIPPIN, L.I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica

de Saúde de cidade de médio porte. **Rev Dor**, v.13,n. 2, p. 128-131,2012.

SA, K. *et al.* Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.4, p. 622-630, 2009.

SANCHES,L.M.; BOEMER, M.R. O convívio com a dor : um enfoque existencial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36,n.4, p.386-393, 2002.

SANTOS ,F.A.A. *et al.* Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v.18, n.1, p.234- 247, 2015.

SEVALHO, G. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. **Interface**, v. 22, n.64, p. 177-188, 2018.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 121-123.

SIEBRA,M.M.R. VASCONCELOS, T.B. Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas. **Rev Dor** ., v.18,n. 1,p. :43-46, 2017.

SILVA,D.G.V.S.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, 2002.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

SUMIKO, H.H. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Rev Tecnologia e Sociedade**, v.6, 2010.

TRAD, L.A.B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.17, n.3, p. 627-633, 2012.

TREEDE, R.D. *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, v.156, n. 6, p. 1003-1007, 2015.

TRINDADE, K.M.C. *et al.* Musculoskeletal complaints in a health unit: implications for health planning and physical therapy. **Fisioter Pesq.**, v.20,n.3, p. 228-234, 2013.

VASCONCELOS,M. GRILLO,M.J.C. SOARES S.M. Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. v.4. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 72 p.

VITOR, A. F. *et al.* Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Rev Esc Anna Nery**, v.14,n.3,p. 611-616, 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – O Sr (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa com o Título: PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O AUTOCUIDADO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA.

2 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer a percepção de dor crônica e as estratégias de autocuidado dos usuários participantes de um grupo de dor crônica realizado na atenção básica do município de São Bernardo do Campo/SP, como também , o entendimento da equipe de responsável pelo grupo de dor crônica a respeito do processo de educação em saúde.

3 – O Sr (a) participará de uma entrevista com a pesquisadora ;

4 – O único desconforto que pode existir é aquele característico de ter que responder as perguntas que forem realizadas pela pesquisadora entrevistadora;

5 – Não há benefício direto ao participante deste estudo;

6 –O Sr (a) tem garantia de acesso em qualquer etapa do estudo aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Roberta Aoki Tanaka, que pode ser encontrada no endereço Rua Lago da Mangueira, 329, São Bernardo do Campo, Telefone (11) 96485-0890, e-mail: robertaaoqui08@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Prof. Francisco de Castro, n.55, CEP04020-050, telefones 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br.

7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalização alguma;

8 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;

9 – O Sr (a) tem o direito de ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito e sobre os resultados gerais da pesquisa;

10 – O Sr (a) tem o direito a ter acesso ao resultado final e conclusões obtidas com o estudo;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pela pesquisadora;

12 - A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O AUTOCUIDADO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA”. Eu discuti com a pesquisadora Roberta Aoki Tanaka 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.

Data / /

Nome do participante

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha
(para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data / /

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Este documento foi elaborado em duas vias, das quais uma, devidamente assinada ficará em poder do participante da pesquisa e a outra do pesquisador.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional de saúde)

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional de saúde)

1 – O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o Título: PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O AUTOCUIDADO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA.

2 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer a percepção de dor crônica e as estratégias de autocuidado dos usuários participantes de um grupo de dor crônica realizado na atenção básica do município de São Bernardo do Campo/SP, como também, o entendimento da equipe de responsável pelo grupo de dor crônica a respeito do processo de educação em saúde.

3 – O Sr (a) participará desta pesquisa realizando uma narrativa sobre o processo de cuidado e de educação em saúde que desenvolve no grupo de dor crônica;

4 – O único desconforto que pode existir é aquele característico de ter que desenvolver a narrativa;

5 – Não há benefício direto ao participante deste estudo;

6 – O Sr (a) tem garantia de acesso em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Roberta Aoki Tanaka, que pode ser encontrado no endereço Rua Lago da Mangueira, 329, São Bernardo do Campo, Telefone (11) 96485-0890, e-mail: robertaaoqui08@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Prof. Francisco de Castro, n.55, CEP 04020-050, telefones 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br

7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

8 – As informações obtidas serão organizadas por um outro pesquisador, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;

9 – O Sr (a) tem o direito de ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito e sobre os resultados gerais da pesquisa;

10 – O Sr (a) tem o direito a ter acesso ao resultado final e conclusões obtidas com o estudo;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo pesquisador;

12 - A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “PERCEPÇÕES SOBRE DOR CRÔNICA E O AUTOUIDADO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA”. Eu discuti com a pesquisadora Roberta Aoki Tanaka 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.

Data: / /

Nome do participante

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: / /

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Este documento foi elaborado em duas vias, das quais uma, devidamente assinada ficará em poder do participante da pesquisa e a outra do pesquisador.

APÊNDICE C – Narrativas dos Profissionais de Saúde

Narrativas 1

O grupo de dor crônica é realizado por uma equipe multiprofissional com fisio, ed. físico e apoiadora em psicologia. É um grupo aberto a comunidade , faço falas aos usuários, como apoiadora em psicologia procuro trabalhar também queixas as quais nos relatam.

Percebo que há uma troca entre os profissionais , trocas essas que estão ajudando bastante na saúde dos usuários.

Percebemos a satisfação dos mesmos e os relatos que nos trazem pelas falas de melhora na parte física e mental.

Temos relatos de uma paciente que é portadora de transtorno mental que hoje relata estar melhor , depois que começou a frequentar o grupo, pois se sente com a auto estima melhor.

Cheguei ao grupo pela equipe NASF já estar com 8 meses fazendo parte da equipe.

Tenho função de poder somar com os mesmos para que juntos possamos proporcionar uma qualidade de vida melhor aos usuários.

Narrativa 2

O grupo de dor crônica é realizado por uma equipe multiprofissional composta por ed física, fisio e psicóloga apoiadora. Ele é aberto à comunidade em geral com queixas de dores crônicas. É bastante frequentado por idosos e também exerce um papel de ambiente de convivência. Cheguei até o grupo através do NASF , participo desde agosto de 2017, minha função é apoiar o grupo com orientações fisioterapêuticas quando necessário , participo das práticas corporais juntamente com os usuários. A educação em saúde se da à medida em que relatamos um estilo de vida mais saudável com alimentação saudável, ingesta hídrica, e a realização de atividades físicas alem do grupo. Temos observado a satisfação dos usuários e o relato nos grupos.

Narrativa 3

Cheguei a UBS Ipê a pouco mais de um ano. Quando cheguei o grupo já acontecia com frequencia semanal. Como ed. física comecei a participar com exercícios

de alongamento, força muscular, coordenação motora, pois o grupo é composto de pessoas com problemas crônicos, sendo a maioria idosos.

O grupo acontece com orientações sobre algumas doenças e ressalta a importância do auto-cuidado salientando a necessidade de mudanças no estilo de vida equilibrando três pontos principais que são: atividade física, alimentação saudável, medicação quando necessário. Além de ser um espaço de convívio social onde a troca de informações e experiências contribui para uma melhora no bem estar mental das pessoas.

Durante o decorrer do tempo participamos de uma oficina sobre uso racional de medicamentos onde tivemos a oportunidade de gravar um vídeo com depoimento das pessoas falando sobre as mudanças na sua qualidade de vida.

O grupo agora acontece duas vezes por semana com uma média de 30 a 40 pessoas.

Trabalhamos em equipe, onde participam 1 fisioterapeuta que avalia as condições e comorbidades dos pacientes, uma médica que faz orientações em saúde e principalmente sobre como conviver com dores crônicas como as artroses, artrites, dores na coluna em geral. Uma enfermeira, um dentista que trabalham com as PICS (auriculoterapia) e uma psicóloga que geralmente fala sobre a importância da pessoa se tratar, pois ela é a principal responsável pela sua condição de saúde.

Trabalhamos também com orientações sobre alimentação saudável e a importância de estar com peso adequado, pois o sobrepeso muitas vezes piora as condições clínicas de saúde.

Depois das atividades sentamos em roda e conversamos sobre como os pacientes estão se sentindo e os relatos têm demonstrado que muitos pacientes tem apresentado melhoras significativas, inclusive na medicação utilizada.

Falo sempre no equilíbrio que tem que existir para qualquer pessoa que é a utilização da medicação quando indicada e de forma racional, alimentação saudável e a prática da atividade física regular.

A melhora na condição emocional é também visível sendo que o grupo proporciona o encontro de pessoas, trocas de experiências e vivências.

Narrativa 4

Participo do grupo da dor crônica da UBS Ipê há 1 ano. Fui convidada a participar do grupo assim que comecei a trabalhar nesta UBS. Sou médica generalista e a minha função no grupo é orientação e educação em vários temas relacionados a saúde.

Faz parte do grupo uma educadora física, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma dentista, uma apoiadora e uma médica. Iniciamos o grupo com uma apresentação dos novos participantes, em seguida a educadora física e a fisioterapeuta iniciam um aquecimento com exercícios de alongamento. Após o aquecimento iniciamos com atividade física terapêutica direcionada para as queixas dos integrantes do grupo.

Durante o período do grupo a dentista e a apoiadora fazem Auriculoterapia em um número determinado de pacientes, revisando os pacientes para que todos tenham a oportunidade de participar da terapia.

Ao final da atividade física, fazemos uma roda de conversa, onde todos os integrantes do grupo relatam suas experiências sobre suas comorbidades, sobre como o grupo está ajudando na melhora das dores crônicas e na qualidade de vida de cada um.

Cada dia, os próprios integrantes do grupo escolhem um tema sobre saúde que será discutido no próximo dia do grupo, no final da roda de conversa. Eu preparo uma pequena palestra sobre o tema escolhido e depois debatemos escutando a opinião dos integrantes do grupo e suas experiências particulares com aquele tema. Por exemplo, alguns temas escolhidos pelos pacientes foram Artrose, Artrite, Tendinite, Bursite, Hernia de Disco, Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla, prevenção do câncer na mulher e no homem com exames periódicos, hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividades físicas no dia a dia do paciente.

Os pacientes têm uma boa aderência ao grupo, não costumam faltar e é visível a melhoria na qualidade de vida de cada um, além da socialização entre eles no grupo, surgindo novas amizades. Sendo um momento de relaxamento e descontração.

ANEXO A – Roteiro de entrevista e narrativa

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual seu nome?
2. Quantos anos tem?
3. Onde você mora? Há quanto tempo?
4. Fale sobre sua família.
5. Conte sobre sua vida.
6. Quando e em que momento de sua vida a dor apareceu?
7. Como e por que chegou até aqui (grupo)?
8. Quando você sente dor o que costuma fazer? E por quê?



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

ROTEIRO PARA NARRATIVA

Você está sendo convidado a desenvolver uma narrativa sobre o trabalho que desenvolve no grupo de dor crônica da UBS Ipê. Relate sua experiência com este trabalho ou conte sobre uma ação que desenvolveu que foi marcante e os motivos.

Se possível, conte como chegou até o grupo; há quanto tempo participa dele; qual sua função no grupo; quais ações que desenvolve que você identifica que são de educação em saúde e os resultados que observa após o desenvolvimento delas.

Não é necessária a sua identificação na narrativa.

