



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Marcos Paulo Veloso Correia

**Matriciamento em dor na atenção primária à saúde:
análise de experiência**

Rio de Janeiro

2020

Marcos Paulo Veloso Correia

Matriciamento em dor na Atenção Primária à Saúde:

análise de experiência

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Coorientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

C824 Correia, Marcos Paulo Veloso.
Matriciamento em dor na Atenção Primária à Saúde: análise de experiência/
Marcos Paulo Veloso Correia. – 2020.
84f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes.
Coorientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto.

Mestrado (Dissertação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de
Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Atenção primária à saúde - Teses. 2. Saúde da Família – Teses. 3. Dor - Teses.
4. Síndromes da Dor Miofascial. I. Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. II. Favoreto,
César Augusto Orazem. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade
de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 616-036.88

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB/7 – 6382

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marcos Paulo Veloso Correia

Matriciamento em dor na Atenção Primária à Saúde:

análise de experiência

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 30 de março de 2020.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Coorientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof. Dr. Luiz Carlos Hubner Moreira

Faculdade de Odontologia

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

À Pfa. Dra. Lícia Margarida de Vilhena Saadi, de cujo exemplo este trabalho é fruto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me convenceu de Sua existência, me salvou de morrer longe d'Ele, e faz da vida a maior das aventuras.

À minha família.

À minha esposa.

E a meus amigos e companheiros de vida.

Incluídos professores, colegas, residentes e pacientes.

Eu fico com a pureza das respostas das crianças:

“É a vida! É bonita e é bonita” !

(coro)

Viver, e não ter a vergonha de ser feliz!

Cantar, e cantar, e cantar

A beleza de ser um eterno aprendiz!

Ah, meu Deus! Eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,

Mas isso não impede que eu repita,

“É bonita, é bonita e é bonita”!

(bis)

E a vida? E a vida o que é, diga lá, meu irmão?

‘Ela é a batida de um coração...’

‘Ela é uma doce ilusão...’

Mas e a vida? Ela é maravilha, ou é sofrimento?

Ela é alegria, ou lamento?

O que é, o que é, meu irmão?

Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo...

É uma gota, é um tempo,

Que nem dá um segundo...

Há quem fale que é um divino mistério profundo...

É um sopro do Criador, numa atitude repleta de amor...

Você diz que é luta e prazer...

Ele diz que a vida é viver...

Ela diz que melhor é morrer,

Pois amada não é, e o verbo é sofrer...

Eu só sei que confio na moça,

E na moça eu ponho a força da fé:

“Somos nós que fazemos a vida,

Como der, ou puder, ou quiser,

Sempre desejada, por mais que esteja errada...

Ninguém quer a morte só saúde e sorte...”

E a pergunta roda... e a cabeça agita...

Fico com a pureza das respostas das crianças:

“É a vida! É bonita e é bonita” !

(coro)

Gonzaguinha

RESUMO

CORREIA, Marcos Paulo Veloso. *Matriciamento em dor na Atenção Primária à Saúde: análise de experiência*. 2020. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Estima-se que uma Atenção Primária a Saúde (APS) qualificada seja capaz de dar resposta adequada a 85% das demandas clínicas que se lhe apresentam. Existem, entretanto, várias barreiras à qualificação dos profissionais da APS na abordagem de pessoas em dor. Por quase dois anos, um médico de família e comunidade (MFC) e reumatologista com Área de atuação em Dor prestou apoio matricial em Dor como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF) aos profissionais das equipes de saúde da família (eSFs) das unidades de ESF de uma das Áreas de Planejamento (distritos sanitários) do município do Rio de Janeiro; incluindo preceptores e residentes de um programa de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC). O objetivo deste estudo foi descrever e analisar esta experiência original de apoio matricial, através das percepções dos profissionais participantes. Foram explorados o contexto histórico em transformação em que se deu a experiência de apoio matricial; a estrutura da APS local; o conteúdo e ênfase do apoio matricial; o perfil de atividades, consultas, pacientes e profissionais. Foi realizado um estudo qualitativo a partir da percepção dos preceptores e residentes com maior número de consultas conjuntas, por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas à luz do método hermenêutico-dialético. O matriciamento foi considerado instrumentalmente útil por todos os entrevistados, e transformador de prática pela maioria. Destacaram-se as interrelações de sofrimento e reatividade entre pacientes e profissionais frente à “dor que não melhora”; as realizações e limitações da experiência de apoio matricial através do NASF; e as potencialidades e barreiras para reprodução de experiências semelhantes em outros contextos. Em especial, foi destacada a relevância de o treinamento em dor ser orientado à realidade, formação, paradigmas, e atribuições da APS; em um modelo predominante de interconsulta, apoiado por teleconsultoria; e por médicos com expertise em dor, em APS, e em ensino de adultos, incluindo, talvez vantajosamente, MFCs com a devida capacitação.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Dor. Síndromes da Dor Miofascial.

ABSTRACT

CORREIA, Marcos Paulo Veloso. *Matrix support in pain in the Primary Health Care: an experience analysis* 2020. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

It is estimated that a qualified Primary Health Care (PHC) service would adequately respond to 85% of the clinical demands presented to it. There are, however, several barriers to qualifying PHC professionals in treating people in pain. For nearly two years, a family physician (FP) and rheumatologist with board certification in Pain provided matrix support in Pain as a Family Health Support Team / Extended Family Health Team for Primary Care (NASF) professional to Family Health Team (eSF) professionals of the PHC units of one of the Health Planning Areas (health districts) in the municipality of Rio de Janeiro, including preceptors and residents of one residency program in family and community medicine (PRMFC). This study aimed to analyze this original experience of matrix support in Pain, through the perceptions of participating professionals. The study explored the changing historical context in which the matrix support experience took place; the local PHC structure; the general content and emphasis of the matrix support on Pain; the profile of activities, consultations, patients, and professionals. A qualitative study was carried out from the perception of preceptors and residents with the greatest number of joint consultations, through semi-structured interviews, analyzed in the light of the hermeneutic-dialectical method. The matrix support was considered instrumentally useful by all respondents, and a practice transformer by most. Respondents highlighted the interlacement of suffering and reactivity between patients and professionals in the face of ‘pain that doesn’t improve’; the achievements and limitations of the experience of matrix support in Pain through NASF; and the potentialities and barriers for reproducing similar experiences in other contexts. In particular, the interviewees highlighted that training should be oriented to the reality, training, paradigms, and attributions of PHC; in a predominant model of joint consultations, supported by teleconsulting; and by doctors with expertise in Pain, PHC, and adult education, including, perhaps advantageously, FPs with appropriate qualification.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Family Practice. Pain. Myofascial Pain Syndromes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS(s)	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AP 2.2	Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clínica da Família
DCNT(s)	Doença(s) Crônica(s) Não-Transmissível(is)
eNASF	Equipe de NASF
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EULAR	<i>European League against Rheumatism</i>
EURACT	<i>European Academy of Teachers in General Practice</i>
GTDor	Grupo de Trabalho em Dor da SBMFC
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFCs	Médico(a)s de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRMFC(s)	Programa(s) de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde (e Defesa Civil) do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ/FIOCRUZ/ENSP	Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
VD(s)	Visita(s) domiciliar(es)
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA	11
1.1	Atenção Primária à Saúde	11
1.2	Abordagem de pessoas em dor na Atenção Primária à Saúde	13
1.3	Importância da abordagem das pessoas em dor na Atenção Primária à Saúde	16
1.4	Cuidados Colaborativos em Dor na Atenção Primária à Saúde	21
2	OBJETIVOS	28
3	METODOLOGIA	29
4	RESULTADOS	34
4.1	Descrição da experiência de Apoio Matricial em Dor na APS	34
4.2	Percepções dos médicos sobre o Matriciamento em Dor na APS	39
4.2.1	<u>Há um sofrimento</u>	40
4.2.2	<u>Há deficiências e equívocos na formação</u>	40
4.2.3	<u>Há dificuldades práticas, pela pressão assistencial</u>	41
4.2.4	<u>Há modos de capacitar</u>	42
4.2.5	<u>É necessário capacitar</u>	43
5	DISCUSSÃO	44
	CONCLUSÕES	60
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A - Planilha eletrônica compartilhada	81
	APÊNDICE B - Roteiro para entrevista	82
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	83

INTRODUÇÃO

Estima-se que uma Atenção Primária a Saúde (APS) qualificada seja capaz de dar resposta adequada a 85% das demandas clínicas que se lhe apresentam (MENDES, 2011). Existem, entretanto, várias barreiras à qualificação dos profissionais da APS na abordagem de pessoas em dor.

Por quase dois anos, um profissional ao mesmo tempo médico de família e comunidade (MFC) e reumatologista com Área de Atuação em Dor prestou apoio matricial em Dor como médico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF) aos profissionais das equipes de saúde da família (eSFs) das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma das Áreas de Planejamento (distritos sanitários) do município do Rio de Janeiro; incluindo preceptores e residentes do programa de residência em medicina de família e comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC-UERJ).

Este trabalho descreve e analisa qualitativamente esta experiência de matriciamento no âmbito do NASF, partindo da descrição da experiência, incluindo contexto, proposta e desenvolvimento; e buscando conhecer as percepções dos profissionais envolvidos, através de entrevistas semi-estruturadas com os preceptores e residentes mais acompanhados, analisadas à luz do método hermenêutico-dialético.

O trabalho inicia-se por uma contextualização temática, compreendendo:

- a) Uma introdução conceitual à APS, enquanto nível da rede de atenção à saúde (RAS) e campo interdisciplinar de saberes e práticas;
- b) Uma introdução conceitual à Dor, enquanto experiência individual e campo interdisciplinar de saberes e práticas ligado à APS; e o que cabe a seus profissionais na abordagem de pessoas em dor;
- c) Uma introdução sobre a importância e responsabilidade dos profissionais da APS no campo da Dor;
- d) Uma introdução sobre Cuidados Colaborativos, e sua potencialidade na capacitação dos profissionais da APS quanto a abordagem das pessoas em dor.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o nível da rede de atenção à saúde (RAS) responsável pelo contato preferencial, pelo acompanhamento longitudinal e integral, e pela coordenação do cuidado na RAS (atributos essenciais; STARFIELD, 2002); de um modo interdisciplinar (WHO, 1978; WHO, 2018a) e centrado na pessoa, na família, e na comunidade (atributos derivados; STARFIELD, 2002).

Este conceito de uma APS “abrangente” e coordenadora opõe-se diretamente ao de outra proposta de atenção primária, conhecida como “APS seletiva”; cuja função limitar-se-ia à de prestar à população em extrema pobreza uma cesta restrita de intervenções programáticas isoladas, focadas em agravos específicos, e escolhidas segundo critérios de custo-benefício em curto prazo. A “APS seletiva” foi implementada em países em desenvolvimento, como o Brasil, por iniciativa e financiamento de agências internacionais, desviando a atenção dos aspectos pessoais e sociais do processo saúde-doença, e prejudicando a mobilização popular em favor de um direito universal à saúde (CUETO, 2004; GIOVANELLA, 2008; ABRASCO, 2018). A “APS abrangente”, no entanto, mostra maior impacto em qualidade de vida, sustentabilidade, e relação custo-benefício em longo prazo (STARFIELD, 2002); sendo o conceito formalmente adotado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e pelo presente trabalho.

A responsabilidade da APS enquanto nível de contato preferencial e longitudinal da população desdobra-se no oferecimento de seus serviços em espaços geográfica e culturalmente próximos à população adstrita. Por um lado, o fácil acesso e a imersão cultural favorecem a abordagem precoce, a avaliação de contexto, e a conduta expectante supervisionada. Por outro lado, há que serem priorizadas intervenções de baixa densidade tecnológica, isto é, independentes de máquinas e equipamentos de grande porte, custo, ou estrutura. Os demais níveis da RAS são: o secundário, de densidade tecnológica intermediária, em apoio a várias unidades de ESF, ofertada em centros de saúde; e o terciário, de alta densidade tecnológica, em apoio a área adstrita ainda maior, ofertada em hospitais (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

A responsabilidade da APS enquanto nível de coordenação da RAS e de cuidado clínico integral – definido como o necessário ao usuário, independentemente do sexo, faixa etária, patologia, sistemas orgânicos acometidos, recortes epistemológicos (como biomédico, psicológico, ou social), ou tipos de ação em saúde (como promoção, proteção, manutenção, recuperação, reabilitação, redução de danos, palição, vigilância, micro-gerência e coordenação) – desdobra-se na necessidade de paradigmas e competências próprios (ANDERSON, 2019), que possibilitem a ampliação dos objetivos em saúde, dos focos da atenção, e das tecnologias disponíveis:

- a) dos objetivos em saúde, para incluir, por exemplo, resiliência, autonomia apoiada, e posicionamento ativo perante determinantes sociais;
- b) dos focos da atenção, para um modelo biopsicossocial, centrado no paciente, sua família e comunidade (como mencionado);
- c) das tecnologias de diagnóstico, planejamento, e cuidado, valorizando as que facilitem adaptação contextual (chamadas “leves” e “leve-duras”, em contraste com as “duras”, voltadas a protocolos técnicos e exames complementares; conforme MERHY, 2009), incluindo, por exemplo, ferramentas de comunicação, crítica científica, e gestão.

Estes objetivos, focos, e tecnologias próprios a uma APS qualificada são instrumentais, também, no contexto da população e dos desafios acompanhados pelos profissionais da APS, que diferem daqueles de outros níveis da RAS (RONCOLETTA, 2010). Os profissionais da APS acompanham a população tanto na saúde quanto na doença, lidando com maior frequência com condições e apresentações típicas da comunidade em geral, incluindo casos imprecisos, crônicos, e contextualmente complexos. Por outro lado, na APS, os pacientes, familiares e amigos são os principais cuidadores, em contraste com o que ocorre no ambiente hospitalar (DUSSAULT, 2018). Nem sempre os resultados de pesquisas realizadas em outros pontos de atenção podem ser estendidos à APS (HUAS, 2006; JANSSENS, 2010; CORSON, 2011; BURGERS, 2017). Estas características e desafios requerem trabalho conjunto e capacitação mútua entre profissionais da APS e moradores, grupos comunitários, colegas de equipe, outras equipes de APS, outros pontos da RAS, e mesmo setores não classicamente reconhecidos como de saúde (WHO, 1978; WHO, 2018a). Também por isto, o trabalho na APS deve ser interdisciplinar, com foco em transdisciplinaridade.

A APS pode ser vista como um campo de saberes e atuações, comum a vários núcleos profissionais (WHO, 1978; CAMPOS, 2000; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017; DUSSAULT,

2018; WHO, 2018a). No Brasil, o modelo prioritário para a APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta formalmente por dois tipos de equipe multidisciplinar, a saber: equipes de Saúde da Família (eSF); e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (eNASF); que interagem entre si (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; BRASIL 2017a).

Por suas características, desafios, e vocação para transdisciplinaridade, a APS tem se consolidado como um espaço prioritário de ensino e pesquisa. Este status é apoiado, no Brasil, pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006b), pela expansão dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, pela criação de Programas de Residência de Enfermagem em Saúde da Família, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (BRASIL, 2010), pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017), e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde (BRASIL, 2018a); e, no mundo, pela Organização Mundial de Saúde / WHO (WHO, 2018e), pela Organização Mundial de Médicos de Família / WONCA (WONCA, 2016), e dentre outros, pela Estratégia Federal de Pesquisa em Dor dos Estados Unidos (USA, 2018).

1.2 Abordagem de pessoas em dor na Atenção Primária à Saúde

Dor tem sido definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada à lesão real ou potencial de um tecido, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 2017a). Revisão recentemente proposta mantém a perspectiva da Dor como experiência – “uma experiência sensitiva e emocional aversiva, tipicamente causada por, ou lembrando aquela causada por, uma lesão real ou potencial de um tecido” – reforçando, na nota complementar, seu caráter biopsicossocial: “Dor é sempre uma experiência subjetiva que é influenciada em vários graus por fatores biológicos, psicológicos, e sociais [...]” (IASP, 2019).

Os paradigmas, competências, e a vocação transdisciplinar inerentes a um modelo qualificado de APS são compartilhados com o campo de saberes e atuações referentes à abordagem da pessoa em dor (IASP, 2018). Profissionais da APS têm, neste sentido, relevante vantagem formativa em relação a outros especialistas do campo da Dor (PEPPIN, 2015).

Cabe discutir que abordagens e condições devem ser de responsabilidade prioritária da APS no cuidado da pessoa em Dor. Estas indicações, evidentemente, devem dialogar com os perfis epidemiológico e populacional local, com a formação específica dos profissionais das unidades locais de APS, e com as limitações estruturais e pressão assistencial destes pontos da RAS, de modo a fornecer as melhores respostas possíveis aos problemas de saúde da população. Porém, principalmente, estas indicações devem se basear nas atribuições e competências próprias à APS.

Na APS, os profissionais devem estar preparados para abordar não só sintomas e prováveis mecanismos biológicos, mas também a “experiência de doença” e seu contexto, conforme o atributo da integralidade e o paradigma da prática clínica centrada na pessoa. O raciocínio clínico deve prioritariamente centrar-se na história, na semiologia (incluindo possivelmente procedimentos diagnóstico-terapêuticos ambulatoriais de pronta resposta, baixo risco, e complexidade adequada à formação de cada profissional, compondo a chamada ‘semiologia armada’), e em dados epidemiológicos e evolutivos; usando exames complementares somente quando a probabilidade de alterarem a conduta for significativa.

Os profissionais da APS devem estar preparados para a indicação e/ou introdução da abordagem medicamentosa e não-medicamentosa de primeira linha das síndromes dolorosas mais comuns, no limite de suas formações; incluindo o empoderamento do paciente no entendimento e controle de sua dor. Procedimentos terapêuticos ambulatoriais preconizados em condições dolorosas comuns podem ser indicados (LATHAM, 2014; SBMFC, 2015; FOSTER, 2015; MCKENNA, 2009; FOGELMAN, 2018), mas adequadamente entendidos como intervenções passivas; enquanto orientações musculoesqueléticas e de enfrentamento (“coping”) seriam relevantes tanto à fisiopatologia da dor crônica (AMBROSE, 2015; SULLIVAN, 2017) quanto a modelos de cuidados crônicos no contexto da Dor (MENDES, 2012; OPAS, 2012; DAVY, 2015).

As intervenções pelos profissionais da APS devem ir além do diagnóstico e procedimentos biomédicos, ainda que com visões ampliadas. “Projetos terapêuticos singulares” – condutas terapêuticas articuladas negociadas coletivamente, contemplando avaliação, ações, metas, responsabilidades, e reavaliações – devem ser construídos com pacientes, familiares, e demais cuidadores, sempre que necessário (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). Os casos acompanhados devem ser gerenciados; deve-se coordenar o cuidado, incluindo o oferecido em outros pontos da RAS; e os pacientes devem ser orientados e defendidos frente à complexidade da RAS, sempre que necessário.

Como condições clínicas prioritárias, os profissionais da APS estão particularmente bem posicionados para: (a) acompanhamento de pessoas com afecções frequentes (incluindo casos imprecisos, multifacetados, com múltiplas comorbidades, e crônicos); (b) identificação, primeira abordagem, e encaminhamento precoce de pessoas em quadro urgente, grave, incomum, ou complexo do ponto de vista biomédico, que se beneficiem de intervenção, parecer ou acompanhamento paralelo em outro ponto da RAS; e (c) apoio longitudinal local e coordenação do cuidado ofertado pelos demais pontos da RAS (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

Entre afecções dolorosas frequentes, citem-se a dor crônica primária (entendida como afecção crônica em si, incluindo o subgrupo de fibromialgia), a lombalgia mecânica inespecífica (dentre as demais dores musculoesqueléticas inespecíficas), a osteoartrite, a artrite reumatóide, a gota, a artrite crônica pós Chikungunya (no contexto brasileiro atual), e as poliartrites indiferenciadas (vide item 2.3).

A abordagem inicial de pessoas em situação de urgência é inevitável aos profissionais da APS, em virtude da maior acessibilidade e vínculo. Tais pacientes prosseguirão acompanhados pela APS após estabilização, ainda que, em uma pequena proporção dos casos, em parceria com outros pontos da RAS (HEYRMAN, 2005; LIDDY, 2009; BRASIL, 2012c, WHO, 2018d). Por outro lado, os profissionais da APS estão bem posicionados para a prevenção de novas urgências e para o fomento da promoção de saúde – “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, HEIDMANN, 2006) – que prepara a população para prevenir e lidar com urgências, a partir do fortalecimento da autonomia apoiada e das redes informais de apoio na comunidade.

Os profissionais da APS devem estar capacitados a acompanhar pessoas com qualquer afecção em seu território, mesmo não previstas em guidelines. O manejo de quadros complexos, imprecisos, precoces, o manejo inicial de quadros graves (incluindo referência precoce e adequada), e o oferecimento longitudinal de cuidados paliativos (nos quais Dor é tema central) são exemplos de competências previstas à medicina de família e comunidade (MFC), especialidade médica orientada à APS; com base em recursos como conduta expectante supervisionada, competência cultural, vigilância de situações de risco, e raciocínio epidemiológico e sindrômico (HEYRMAN, 2005; SBMFC, 2015; MICHELS, 2018).

O raciocínio sindrômico é particularmente importante na APS, por ser: (a) base estruturante do diagnóstico diferencial, através de “divisores de águas” (“pivotal points”) (POWELL, 2010; FORTIN, 2012; STERN, 2014); (b) compartilhável entre profissionais da

APS e, parcialmente, com pacientes; e (c) um importante referencial para indicação e interpretação de exames de imagem, particularmente no campo da Dor, dada a baixa correlação entre dor e achados de exames de imagem em condições degenerativas (GRABER, 2011; TEUNIS, 2014; PARSONS, 2015; RAO, 2018). Alguns estudos sugerem que, em países em desenvolvimento, modelos de cuidado musculoesquelético devam preferencialmente se basear em grandes grupos de condições, ao invés de em condições específicas (HOY, 2014; CHEHADE, 2016).

Importa também discutir a quem cabe, na APS, prestar cuidado às pessoas em dor. Como na maioria dos temas típicos da APS, provavelmente a resposta ideal é: “a todos”. Importa que um treinamento contemple toda a equipe da APS, e preferencialmente com os mesmos eixos centrais, de modo a facilitar a comunicação e o trabalho em equipe. Dentistas são os profissionais mais importantes na dor crônica da articulação temporomandibular, que está entre as dores crônicas mais prevalentes, apesar da pouca demanda registrada em prontuários médicos da APS (58% de cefaleias crônicas diárias, segundo DA SILVA JUNIOR, 2013). Orientações musculoesqueléticas e de enfrentamento podem ser oferecidas por médicos e enfermeiros; e aquelas adequadas à multiplicação em rede pela própria população atendida poderiam, claramente, também ser oferecidas por técnicos de enfermagem e agentes de saúde (CORREIA, 2012).

1.3 Importância da abordagem de pessoas em dor na Atenção Primária à Saúde

A abordagem adequada das pessoas em dor no âmbito da APS é fundamental à população, ao restante da RAS, e à própria APS.

A definição clássica de Dor crônica, “aquela persistente para além do tempo de restauração normal do tecido” (BONICA, 1953, apud IASP 2017a), implica que a persistência da lesão inicial é vista como improvável, e outros mecanismos (como a sensibilização do sistema nervoso) devem estar atuantes. Dor crônica seria, neste caso, uma má adaptação, para além de uma dor prolongada. Definições baseadas somente em duração (como a da Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição: “dor que dura ou recorre por mais de três meses”) são práticas como alarmes clínicos e critérios para pesquisas, mas podem não traduzir adequadamente a questão. Alterações funcionais e estruturais no sistema nervoso central relacionadas à dor crônica parecem apontar que para uma disfunção, ou doença, crônica não

transmissível (DCNT) em si (IASP, 2004a; RAFFAELI, 2017; TREEDE, 2019) e, neste caso, uma das principais DCNTs quanto a prevalência (SÁ, 2009; VIEIRA, 2012; CABRAL, 2014), limitação (IHME, 2017; GBD, 2017); disfunção familiar (JORDAN, 2018); custo (OORTWIJN, 2011; GASKIN, 2012; BREIVIK, 2013; EC, 2013); multidisciplinaridade (MACKAY, 2010; STAMM, 2014; TORRES 2019); estigma (DE RUDDERE, 2016; GOLDBERG, 2017); e negligência (SEERS, 2018). Para desambiguação, a Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID 11) preconiza o termo “Dor Crônica Primária” para dores entendidas como decorrentes de uma má adaptação do sistema nervoso, e “Dor Crônica Secundária” para as decorrentes de uma lesão persistente (PERROT, 2019; SMITH, 2019; TREED, 2019).

Estudos populacionais no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica (definida como aquela acima de três ou seis meses) de aproximadamente 40% entre adultos; uma prevalência de dor crônica diária (em torno de 25% dos adultos) comparável à de hipertensão (21.4%); e de dor crônica pontualmente intensa (intensidade maior ou igual a oito em dez; em torno de 9% dos adultos) comparável à de diabetes (7.6%) (SÁ, 2009; VIEIRA, 2012; CABRAL, 2014; IBGE, 2013). Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas / membros inferiores, conforme o estudo. Esta ordem correlaciona-se à dos sítios mais comuns de dor musculoesquelética não relacionada a trauma (crônica ou não) no Brasil, a saber: “coluna” (77%), joelho (50%), ombro (36%), tornozelo (28%), mãos (23%) e cervical (21%) (REIS-NETO, 2016). Prevê-se um aumento contínuo de prevalência da dor crônica musculoesquelética em todo o mundo, considerando-se os hábitos de vida e envelhecimento natural da população (BRIGGS, 2016b).

No Brasil, lombalgia é a principal causa de “anos perdidos por incapacidade”; cefaléia, a segunda; e “outras desordens musculoesqueléticas”, a décima; enquanto, para comparação, diabetes é a sétima causa. Mesmo quando mortalidade é avaliada, na forma de “anos de vida perdidos por morte ou incapacidade”, lombalgia e cefaléia (respectivamente a terceira e sétima causas) permanecem à frente de diabetes, a oitava maior causa (IHME, 2017). Resultados semelhantes são vistos em todo o mundo (GBD, 2017).

Dor musculoesquelética é um dos principais motivos de demanda espontânea (GUSSO, 2009; RONCOLETTA, 2010; PIMENTEL, 2011; LANDSBERG, 2012; TRINDADE, 2013; ALVES, 2014; TORRES, 2015), consultas em geral (CDC, 2010), acompanhamento clínico de longo prazo (EC, 2007a), acompanhamento interdisciplinar, disfunção familiar (BURNS, 2018; CAMPBELL, 2018), afastamento trabalhista de curto e longo prazos (EC, 2007b; OORTWIJN, 2011), aposentadoria precoce (OORTWIJN, 2011;

EC, 2013), e frustração de profissionais de saúde (CORSON, 2011; BERQUIN, 2011, BERGMAN 2019); não raro dificultando, per si, o acesso ao acompanhamento ambulatorial. Osteoporose, osteoartrite, fibromialgia, e algumas doenças inflamatórias crônicas são significativamente prevalentes. Osteoporose tem prevalência aproximada em municípios brasileiros de 13-33% (em maiores de 40 anos; vide PINHEIRO, 2010a; PINHEIRO, 2010b); osteoartrite, de 5% (em adultos; vide SENNA, 2004; PEREIRA, 2009); fibromialgia, de 1.7% e 2.5% (SENNA, 2004; PEREIRA, 2009); artrite reumatóide, de 0.5% (SENNA, 2004); Síndrome de Sjogren, de 0.2% (VALIM 2013); lúpus eritematoso sistêmico, de 0.1% (SENNA, 2004). Na América Latina, estima-se que as espondiloartrites tenham prevalência de 0.5% (STOLWIJK, 2016), gota tenha prevalência entre 0.3-0.4% (KUO, 2015), e que Febre de Chikungunya, importante arbovirose em nossos dias, evolua como artrite crônica em cerca de 50% dos casos (MARQUES, 2017).

Importa salientar que algumas condições ligadas à dor crônica musculoesquelética, como osteoartrite, gota, fibromialgia, e algumas doenças inflamatórias sistêmicas, estão associadas a aumento de mortalidade; e o tratamento da doença de base em algumas doenças inflamatórias sistêmicas correlaciona-se a aumento de sobrevida, ressaltando-se a importância do diagnóstico precoce (HOCHBERG, 2008; WOLFE, 2011; AGCA, 2017; GARRY, 2018; VARGAS-SANTOS, 2019). A correlação entre osteoporose e dor crônica na ausência de fraturas é relativamente recente (OHTORI, 2010; PAOLUCCI, 2016; CATALANO, 2017); e uma potencial associação com mortalidade não relacionada a fraturas, reversível com o tratamento, tem sido debatida (GREY, 2013; BROZEK, 2016; CUMMINGS, 2019). Osteoartrite e gota, bem como artrite reumatóide, lúpus, espondilite anquilosante e artrite psoriásica estão relacionadas a aumento da mortalidade cardiovascular; gota, também a um aumento da mortalidade por doença renal e infecciosa; enquanto fibromialgia aumenta o risco de suicídio e de acidentes automobilísticos, e questionavelmente mortalidade por outras causas (HOCHBERG, 2008; WOLFE, 2011; AGCA, 2017; GARRY, 2018; VARGAS-SANTOS, 2019).

A dor crônica musculoesquelética também contribui, via imobilidade, sedentarismo e isolamento social, ao aparecimento e evolução de outras DCNTs associadas a aumento de mortalidade, como: obesidade, hipertensão, diabetes, osteoporose, e depressão; acrescentam-lhes receios, preconceito e frustração, dificultando-lhes acesso ao sistema de saúde, e prejudicando-lhes o tratamento no dia-a-dia. A presença de comorbidades, como depressão, frequentemente associa-se a dor mais intensa (DAHAN, 2014; CALDERS, 2018).

Em particular, dor e tabagismo parecem operar reciprocamente. Por um lado, tabagismo é fator de risco para dor lombar, cefaléia, artrite reumatóide, neuropatia diabética, osteoporose e fraturas em osteoporose; e para dor mais intensa, persistente e limitante; provavelmente tanto por fatores diretos (e.g. redução da capacidade de regeneração tecidual) como indiretos (como ações sobre o circuito neurológico de dor, estresse, e recompensa). Por outro, nicotina tem efeito analgésico em curto prazo, e a abstinência tabágica induz hiperalgesia, de modo que a presença de dor significativa pode dificultar cessação do tabagismo; embora esta reflita-se em menos dor prospectivamente (LAROWE 2020).

A abordagem de pessoas em dor crônica musculoesquelética é complexa. Depende fortemente de estratégias de prevenção, quer primária (prevenção e tratamento precoce da dor aguda), secundária (diagnóstico e abordagem precoces da dor crônica), terciária (reabilitação funcional precoce), e quaternária (evitar iatrogenias) (MACFARLANE, 2016). O diagnóstico e tratamento dependem de uma forte base semiológica, já que, por um lado, a dor crônica tem mecanismos e desdobramentos biológicos pouco perceptíveis à maioria dos exames de imagem, como a dor miofascial e a sensibilização central (SIMONS, 1999; CLAUW, 2015; SHAH, 2015; STANOS, 2016; FOGELMAN, 2018; DONNELLY, 2019); e, por outro, a proporção de lesões assintomáticas dentre as insidiosas cresce progressivamente ao passar dos anos, por um processo natural de modulação negativa dos estímulos algícos pelo sistema nervoso central, comum na população idosa, com grande variação individual (GRABER, 2011; TEUNIS, 2014; PARSONS, 2015; RAO, 2018). Em consequência, a dor musculoesquelética é majoritariamente inespecífica; por exemplo, em levantamentos populacionais em cidades brasileiras, a percentagem de casos sem diagnóstico específico entre pacientes examinados alcançou 73% (SENNA, 2004) e 77% (PEREIRA, 2009), de modo semelhante a outros países (CHOPRA, 2013). Prevenção, semiologia estendida, e acompanhamento de casos inespecíficos são temas típicos na APS.

Dores miofasciais são importantes componentes de dores musculoesqueléticas específicas e inespecíficas. Grandes avanços foram alcançados quanto à identificação por imagem, e descrição do *milieu* inflamatório inerente aos pontos gatilho miofasciais, (SIMONS, 1999; SHAH, 2015; DONNELLY, 2019), embora o tema permaneça envolto por ceticismo, pela dependência de palpação treinada, e pela baixa qualidade e heterogeneidade de grande parte dos trabalhos. Um recente trabalho com quase mil pacientes atendidos sequencialmente por MFCs com treinamento em Dor, durante um ano, encontrou na Dor miofascial o diagnóstico mais comum (82%), com resposta significativa (i.e. mínimo de 70% de redução de intensidade à escala visual analógica) no primeiro mês em 75% dos casos (com

remissão completa em 46%), e no sexto mês em 72% dos casos (remissão em 53%). Presença de dor por seis ou mais meses esteve relacionada a resultado semelhante (69% de resposta significativa no primeiro mês, com remissão em 44%). O tratamento baseou-se em técnicas de agulhamento de pontos-gatilho (82%) e liberação miofascial (23%); usando-se medicações em apenas 38% dos casos; e encaminhando-se apenas 6% dos casos para imagens, 5% para outros especialistas, e 4% para clínicas terciárias de dor (FOGELMAN, 2018). Dor miofascial tem papel de destaque nos consensos em dor crônica da ICSI até 2013 (ICSI, 2013; ICSI, 2017), foi incluída nos Arcabouços Curriculares Interdisciplinares em Dor da IASP (IASP, 2018); e agulhamento de pontos-gatilho miofasciais é uma competência reconhecida pelo Currículo baseado em competências da SBMFC (SBMFC, 2015).

Dor em cuidados paliativos – aqueles necessários à “prevenção e alívio do sofrimento devido a problemas sérios ou ameaçadores à vida, ou a seu tratamento” – é outro tópico de destaque. Dor é um tema prioritário em cuidados paliativos (SIGN, 2008; IASP, 2010; WIERMANN, 2014; BENNETT, 2018; WHO, 2018b; WHO, 2018c); e cuidados paliativos são uma função essencial da APS (WHO, 2018b). APS e Cuidados Paliativos compartilham dos mesmos princípios; e os atributos da APS são centrais à sua provisão.

Dor crônica e Dor em cuidados paliativos requerem abordagem multimodal, e possivelmente multidisciplinar (IASP, 2017b, WHO, 2018c), pela inter-relação de seus múltiplos mecanismos; porém a multidisciplinaridade per si pode ser custosa, conflituosa, e prejudicial, exigindo coordenação e cuidados colaborativos (BECKER, 2012; RUAN, 2016). A complexidade diagnóstica e terapêutica exige, também, estratégias de comunicação e manejo de situações conflituosas na relação com o paciente (KRISTIANSOON, 2011), educação profissional e interprofissional permanente, promoção em saúde, vigilância e microgerência de casos e processos, e pesquisas orientadas à prática. Todos estes aspectos são típicos da APS.

A proximidade geográfica e cultural mantida com a população e as competências e paradigmas defendidos na APS facilitam as ações necessárias. A maioria dos casos de dor crônica musculoesquelética é acompanhada por profissionais da APS (CDC, 2010; USA, 2011; SMITH, 2019). Estima-se que equipes de APS qualificadas sejam capazes de dar resposta precoce e adequada a 85% das condições clínicas que se lhe apresentam (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017). A qualificação dos profissionais da APS é internacionalmente reconhecida como central para a abordagem da pessoa em dor (WHO, 2008; ICSI, 2013; COUSINS, 2014; HOY, 2014; ERNSTZEN, 2017; SMITH, 2019).

A abordagem segura e efetiva das pessoas em dor é, por outro lado, estratégica para a APS. Queixas de dor são muito comuns, e influenciam ou impedem qualquer intervenção que seja paralelamente necessária, podendo inclusive restringir acesso aos serviços. Sua abordagem pode ser uma importante fonte de confiança, vínculo, e realização profissional, ou de frustração e angústia a pacientes e profissionais (CORSON, 2011; BERQUIN, 2011).

As consequências da abordagem inadequada à dor pela APS são evidentes. O desnecessariamente grande número de encaminhamentos a outros pontos da RAS implica em frequente fragmentação do cuidado, exames desnecessários, esforço extra de coordenação, baixa resolutividade, angústia, e altos custos sociais. Nos demais pontos da RAS, o número de especialistas na área de Dor é insuficiente para a demanda crescente a estes serviços, prejudicando a qualidade das intervenções.

Um ponto relevante é quanto ao modo pelo qual a capacitação na abordagem às pessoas em dor deveria ser construída na APS, frente às várias lacunas e barreiras existentes. Cuidados colaborativos são provavelmente parte da resposta.

1.4 Cuidados Colaborativos em Dor na Atenção Primária à Saúde

Apesar da reconhecida importância de uma APS qualificada na abordagem de pessoas em dor, várias são as lacunas no apoio institucional à qualificação destes profissionais. Não há uma estratégia nacional de cuidado à Dor no Brasil (BRASIL, 2012b). A medicina de família e comunidade (MFC) – especialidade médica voltada para a APS – ainda não é prontamente reconhecida entre gestores e médicos como fundamental a este cuidado, não estando entre as especialidades elegíveis para Área de Atuação em Dor pela Associação Médica Brasileira, ao contrário de, por exemplo, Clínica Médica (BRASIL, 2016a). As abordagens consideradas adequadas à APS e à MFC são frequentemente ditadas por gestores, copiadas de outros contextos, e definidas por exclusão do que caiba classicamente a outras especialidades (TORRANCE, 2011; BRASIL, 2016b).

Há importantes limitações relacionadas aos contextos e praxis ainda vigentes na APS no Brasil. Parte significativa da APS ainda funciona segundo o modelo de “APS seletiva”, comentado previamente. A maior parte das eSFs não conta com eNASFs em seu suporte. Parte significativa das eSFs e eNASFs é composta por profissionais sem experiência ou interesse especial em interdisciplinaridade e APS, dificultando o aprendizado mútuo entre

eNASF e eSF. (FREDERICO, 2018). A maioria dos médicos atuando na APS no Brasil não tem formação em MFC. A grande demanda de atenção a pacientes em dores musculoesqueléticas e os múltiplos olhares e métodos de abordagem conforme profissionais do NASF, dissociados entre si, dificultam que o apoio do NASF à eSF caminhe para uma abordagem comum e integrada. Pouca atenção é usualmente dada pela APS à capacitação de pacientes e cuidadores, para além de conceitos gerais e práticas inespecíficas. A gerência de casos exercida pela APS ainda é precária e fortemente limitada a programas verticais (ao contrário do preconizado em MENDES, 2011).

Há importantes lacunas no ensino em Dor na APS. Pouca atenção é usualmente dada à abordagem à Dor, quer nas graduações (incluindo medicina), quer em especializações em APS ou Saúde Coletiva, quer em projetos de educação continuada ou permanente para a APS (AKESSON, 2003; BAKER, 2010; USA, 2016; FOGELMAN, 2018). Não há consenso do que seja o conteúdo mais pertinente às capacitações de Dor na APS (CORSON 2011; BROWN, 2016; BABATUNDE, 2017; ERNSTZEN, 2017; FOGELMAN, 2018). Não é usual enfatizar-se que as capacitações veiculem conteúdos semelhantes, complementares, e integrados, a todos os profissionais da APS (conforme, por exemplo, sugerido em IASP, 2018). Cursos de Pós-graduação em Dor são poucos, e fortemente focados na Atenção Terciária à Saúde. A maioria das pesquisas em Dor tem por base especialidades e contextos diferentes dos da APS.

Há importantes lacunas na pesquisa em Dor na APS. Como comentado, a aplicação na APS de resultados de pesquisas realizadas em outros pontos de atenção não é imediata. Critérios bem validados em grandes centros hospitalares de pesquisa nem sempre alcançam validação no contexto da APS (HUAS, 2006; JANSSENS, 2010; CORSON, 2011; BURGERS, 2017); e uma forte suspeita clínica pelo médico de família e comunidade (MFC) pode ter acurácia superior a “bandeiras vermelhas” clássicas (VERHAGEN, 2017). Por um lado, na APS observam-se condições e prevalências mais típicas da comunidade em geral (RONCOLETTA, 2010), e uma proporção de casos precoces e imprecisos significativamente maior (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011) que em grandes centros de pesquisa. Por outro lado, os profissionais da APS deparam-se com indivíduos em uso pleno de sua autonomia, que serão seus próprios principais cuidadores; o que exige e oportuniza uma abordagem diferente da priorizada em centros hospitalares. A grande heterogeneidade dos casos e abordagens necessárias requer métodos de pesquisa adequados, com componentes qualitativos.

Cuidados colaborativos podem ser parte da resposta a estas lacunas e barreiras, por estimular a comunicação, capacitação mútua, e avanço científico na interface entre a APS e demais níveis da RAS. O termo refere-se a “experiências de integração da APS com outros pontos da RAS, através da interação de seus profissionais, para prestação planejada de cuidados a pacientes via troca aprimorada de informações, acima e para além das altas e encaminhamentos de rotina” (SMITH, 2017). O grau de colaboração e integração pode variar entre: colaboração mínima, colaboração básica à distância, colaboração básica em mesma unidade, colaboração próxima parcialmente integrada, ou totalmente integrada (IVBIJARO, 2016).

Cuidados colaborativos têm evidências e propostas bem documentadas em saúde mental (BRASIL, 2011; ARCHER, 2012; SUNDERJI, 2016), porém escassas em outros campos (SMITH, 2017). No campo da Dor, referem-se principalmente a treinamentos de profissionais da APS por especialistas apoiadores. Coerentemente, nestes casos, melhores resultados são geralmente encontrados quando o treinamento é realizado com pacientes reais (SCHULPEN, 2002; GORMLEY, 2003; CHELIMSKY 2013) ou incorpora habilidades de comunicação médico-paciente (CHASSANY, 2006), do que quando focado em guidelines, instrumentos de avaliação, ou procedimentos isolados (HUAS, 2006; WATSON, 2008; BROWN, 2016). Estudos, dissertações e teses em cuidados colaborativos em Dor em geral no ambiente de prática da APS (“inclinic”) são raros.

Estudos em cuidados colaborativos em Dor em geral no ambiente de prática da APS (“inclinic”) são raros. Dentre 20 artigos levantados em cuidados colaborativos em Dor, 4 limitavam-se a condições específicas (câncer, lombalgia, desordem de estresse pós-traumático); 6 a tratamentos específicos (opióides, mindfulness); 8 a cuidados colaborativos somente à distância e 1 a uma iniciativa de consenso sobre competências em cuidado integrativo em Dor para médicos iniciantes na APS. Apenas um artigo descrevia uma experiência clínica em cuidados colaborativos em Dor (musculoesquelética) no ambiente de prática, a saber: sobre consultas conjuntas entre reumatologistas e médicos de família (SCHULPEN, 2003). Outras duas experiências em dor musculoesquelética puderam ser resgatadas através das referências bibliográficas iniciais: uma com ortopedistas (VIERHOUT, 1995) e outra com psicólogos, fisioterapeutas, e terapeutas ocupacionais, que envolvia múltiplos tipos de cuidado colaborativo (CHELIMSKY, 2013).

Dissertações e teses sobre cuidados colaborativos em Dor em geral no ambiente de prática da APS também são raras. De 25 estudos levantados, 22 não diziam respeito a cuidados colaborativos em Dor na APS, 2 descreviam apenas (ou prioritariamente) modelos à

distância, e 1 abordava um tratamento específico (acupuntura). O estudo sobre acupuntura analisou qualitativamente as percepções dos MFCs com formação e/ou experiência prática em acupuntura em atuação na APS do município do Rio de Janeiro, quanto à oferta e contribuições da acupuntura em usuários em dor crônica; discutindo a possibilidade de treino em técnicas de acupuntura via apoio matricial em Dor via NASF (FREITAS, 2015).

Apesar da escassa literatura frente à importância do tema, cuidados colaborativos em Dor na APS são considerados centrais em consensos em dor crônica (WHO, 2008; ICSI, 2013; SIGN, 2013), estratégias regionais e nacionais em Dor (ENGLAND, 2010; USA, 2011; NSW, 2012; USA, 2016; USA, 2018; AUSTRALIA, 2019; CANADA, 2019, WALES, 2019) e linhas de cuidado musculoesquelético (HOY, 2014; BRIGGS, 2016a; CHEHADE, 2016; SMITH, 2019).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário brasileiro para a APS, fortemente fundado em cuidados colaborativos. A ESF apoia-se formalmente em duas equipes multidisciplinares: a equipe de Saúde da Família (eSF), responsável pelo acompanhamento da população adstrita, e compostas por médico (preferencialmente Médicos de Família e Comunidade / MFCs), enfermeiro (preferencialmente com formação específica em APS), técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e possivelmente dentistas e técnicos e/ou auxiliares em odontologia; e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (eNASF), que pode incluir, dentre outros: fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, acupunturistas, psiquiatras, clínicos gerais, e profissionais graduados em área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, todos importantes ao campo da Dor (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; BRASIL 2017a).

O NASF fornece às equipes de referência apoio técnico-pedagógico, clínico-assistencial, e à interlocução com os demais níveis da RAS, conforme necessidades locais (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; BRASIL 2017a). Este apoio, oferecido transversalmente por uma equipe de especialistas a equipes de referência, e focado não nas peculiaridades das várias especialidades que o prestam, mas no fortalecimento do vínculo e resolutividade de cada equipe de referência para com a população sob sua responsabilidade direta, é chamado “Apoio Matricial” (CAMPOS,1999). O processo pelo qual este apoio ocorre é chamado “Matriciamento”.

O NASF prevê diversas modalidades de apoio matricial, e ferramentas de suporte a este apoio. Por exemplo, são consideradas elementos estruturantes da agenda da eNASF as seguintes modalidades: (a) “reuniões de matriciamento” com as equipes de referência; (b) os

“atendimentos individuais” em consultório (“compartilhados” ou “específicos”, conforme presença ou não do profissional da equipe de referência); (c) “atendimentos domiciliares” (compartilhados ou específicos); e (d) “atividades coletivas” (compartilhadas ou específicas); e as seguintes atividades de suporte: (e) elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente; e (f) reuniões de equipe NASF (BRASIL, 2014). Dentre estes, os atendimentos compartilhados (interconsultas) são considerados prioritários (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014); e característicos do trabalho do NASF.

O NASF tem sido efetivo em aumentar a resolutividade da APS e qualificar seus encaminhamentos a outros pontos da RAS. Além disto, a inclusão formal de especialistas com interesse especial em APS no processo de trabalho das equipes de referência da APS, com a função explícita de apoiar sua qualificação sem assumir a posição de referência, tem ampliado as discussões, práticas, receptividade e abrangência de cuidados colaborativos, nas ocasiões em que pôde ser efetivamente implementada (CASTRO, 2015; FREDERICO, 2018).

Por outro lado, o modelo de apoio matricial via NASF enfrenta vários problemas. A maior parte das eSFs não conta com eNASFs em seu suporte. A grande pressão assistencial, dificuldade de coordenação de agendas, e deficiência de instrumentos de monitoração restringem as ocasiões de discussão. A falta de recursos humanos qualificados em cuidados colaborativos na APS, grande rotatividade de profissionais, e excesso de atribuições em ambas as equipes dificultam a construção coletiva. A dificuldade em romper com pensamentos e práticas prévias, bem como maus entendimentos do conceito de apoio matricial, pressionam o uso do NASF como objeto de encaminhamento, com perda da corresponsabilidade, ao invés de apoio assistencial, que a preserva. Frequentemente, um foco prioritário em questões clínicas e nos núcleos de conhecimento secundariza aspectos de prevenção e coletivos no matriciamento; e focos fortemente biomédicos segregam categorias profissionais (BUCH, 2014; FIGUEIREDO, 2014; OLIVEIRA, 2014; YAMAGUCHI, 2014; PFLUCK, 2017; FREDERICO, 2018).

O NASF também enfrenta desafios específicos ao campo da Dor. Embora os documentos norteadores do NASF descrevam como estratégicas algumas áreas fortemente ligadas ao tema, como: reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, atividade física e práticas corporais, saúde mental, e práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014), e embora fisioterapeutas, educadores físicos e psicólogos estejam entre os mais frequentes profissionais das eNASFs, ações integradas para capacitação de profissionais das eSFs em Dor são ainda raras, centradas na formação dos especialistas da eNASF local, e direcionadas a uma ou duas categorias profissionais das eSFs. Dentre as especialidades

médicas atualmente elegíveis para Área de Atuação em Dor pela Associação Médica Brasileira, apenas clínica médica e acupuntura médica estão previstas para composição do NASF (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016a).

A Política Nacional em Educação Permanente em Saúde / PNEPS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2018b) norteia o modo como o NASF, em particular, deva exercer sua função técnico-pedagógica. Educação Permanente é aquela educação em serviço voltada à reflexão perene, inclusiva, participativa, centrada na prática, e orientada a mudanças político-institucionais e sociais amplas, que sedimente e dissemine ganhos alcançados localmente. Surge em contraposição a desvios clássicos ainda comuns, como: (a) redução do problema a uma questão de aplicação de métodos, sem compreensão estratégica do contexto cultural e político-institucional que o perpetua; (b) visão instrumental da educação, como meio para um objetivo pontual, e não parte de uma estratégia de mudança institucional; (c) imediatismo, apostando em programas de pequena duração, sem sustentabilidade técnica, política, ou financeira; (d) restrição da capacitação a certas categorias profissionais, e não a toda a equipe, incluindo professores, pessoal administrativo, e gestores; (e) sem foco no contexto social, sanitário e do serviço, ou na complexidade da prática; (f) sem foco na construção reflexiva e participativa de soluções, envolvendo ensino, serviço, gestão e controle social; (g) desarticulada das linhas de estrutura do setor, e suas lógicas distributivas; (h) sem avaliações ou memórias institucionais, que permitam absorver a experiência, analisa-la, e servir de base para futuras experiências.

Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica orientada à APS. Dentre suas competências (HEYRMAN, 2005; WONCA-EUROPE, 2011; SBMFC, 2015), inclui-se o diagnóstico e abordagem da pessoa em dor musculoesquelética (SBMFC, 2015; RCGP, 2016). O trabalho colaborativo entre MFC e demais especialidades em Dor é preconizado em modelos de cuidado crônicos e musculoesqueléticos, e estratégias regionais e nacionais em Dor, internacionalmente (ENGLAND, 2010; USA, 2011; MENDES, 2012; NSW, 2012; OPAS, 2012; HOY, 2014; DAVY, 2015; BRIGGS, 2016a; CHEHADE, 2016; USA, 2016; USA, 2018; AUSTRALIA, 2019, CANADA, 2019, WALES, 2019).

O estímulo à expansão e qualificação de Programas de Residência em MFC (PRMFCs) tem sido estratégico para qualificação da APS (MUELLER, 2018). Programas de residência em medicina devem disponibilizar 80% de sua carga horária em treinamento em serviço; contam com uma carga horária mais de dez vezes superior a de outras formas de especialização; e tem conteúdos programáticos elaborados em parceria com as sociedades de

especialidade, ao contrário de outros cursos de especialização; pelo que são considerados padrão-ouro na formação de médicos especialistas (ANDERSON, 2011).

A interação entre NASF e PRMFCs é promissora. Apoiadores matriciais e preceptores diferem no apoio que fornecem aos residentes em formação – apoiadores tendo focos e contatos menos amplos, e em geral pertencendo a uma especialidade diversa. Por outro lado, ambos se comprometem com as premissas da Educação permanente, priorizando o treinamento em serviço; e têm, entre si, um vínculo possivelmente mais longo que com os residentes que acompanham (não limitado ao período de formação de um programa de residência); podendo utilizá-lo para planejamento e transformação gradual do processo de trabalho, e da Educação permanente em serviço, cuja responsabilidade dividem. Os residentes, por sua vez, vivem um período próprio, parcialmente tutorado e protegido, e por outro lado de intensas tarefas e desafios, propenso a reflexões sobre ensino, prática, realidades, e opções; trazendo frequentemente importantes colaborações às práticas de apoio matricial e preceptoria. Residentes também trazem importante potencial de disseminação das discussões a outros contextos, após conclusão da residência; quer como médicos de equipe, quer como preceptores.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- a) Descrever e analisar uma experiência de matriciamento em Dor na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivos específicos:

- a) Descrever uma experiência de matriciamento em Dor na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- b) Conhecer as percepções do matriciamento em Dor entre profissionais das eSFs envolvidos no matriciamento

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, por entrevistas semiestruturadas, analisadas à luz do método hermenêutico dialético. O estudo baseia-se nas percepções dos preceptores e residentes do Programa de Residência em Medicina de Família da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC-UERJ) que mais frequentemente participaram das interconsultas de apoio matricial em Dor prestadas entre agosto de 2014 e julho de 2016 por profissional do NASF da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (AP 2.2).

O primeiro passo para o estudo qualitativo foi a descrição do contexto, proposta e desenvolvimento do apoio matricial em Dor. A descrição do contexto e proposta do apoio matricial em Dor teve por base documentos oficiais, relatórios de gestão, e dados do autor e dos profissionais entrevistados. A descrição do desenvolvimento do apoio matricial em Dor teve por base a planilha eletrônica (GoogleDoc®) compartilhada entre apoiador matricial e os profissionais da APS via internet mediante senha pessoal.

A planilha eletrônica compartilhada continha os seguintes campos gerais: unidade de saúde; horário; identificação do paciente; nome do profissional a ser apoiado; impressão e questões do profissional a ser apoiado; impressão do apoiador matricial após interconsulta; e impressão do apoiador matricial após discussão não presencial do caso, quer em continuidade à interconsulta, quer no caso de a interconsulta presencial não ter sido possível por ausência do paciente ou do profissional (apêndice ‘A’).

Os campos da planilha referentes a unidade de saúde e horário disponibilizavam atendimentos em intervalos de 40 minutos, salvo intervalo de 40 minutos para percurso entre unidades. Novos horários (dividindo os intervalos anteriores – “encaixes”) eram inseridos pelo apoiador matricial, conforme necessidade e duração estimada dos casos já agendados.

Para agendamento, o profissional a ser apoiado anotava os seguintes dados na linha correspondente a um horário disponível em que pudesse estar presente: nome, prontuário e data de nascimento de seu paciente; seu próprio nome; e sua impressão do caso clínico, incluindo questões que motivaram o agendamento. Cada profissional era estimulado a agendar os casos que lhe traziam angústia. Qualquer profissional da APS poderia agendar uma interconsulta, incluindo visitas domiciliares (VDs, combinadas com o apoiador matricial). A consulta era simultaneamente agendada no prontuário eletrônico.

Idealmente, no caso de residentes do PRMFC-UERJ, o caso era discutido antes do agendamento com o preceptor, que ou os orientava diretamente, ou sugeria o apoio matricial. Ao longo do apoio matricial, algumas unidades estabeleceram como fluxo discutir os casos com o apoiador matricial previamente ao agendamento.

O apoiador matricial eventualmente agendava consultas apenas para si, mediante discussão e plano prévios com o profissional de referência, enquanto a próxima interconsulta disponível a este profissional estivesse distante. Esta modalidade de atendimento, prevista no atendimento pelo NASF como “atendimento individual específico”, difere de um encaminhamento tradicional por se inserir em uma discussão longitudinal, derivar de uma discussão prévia, prever uma discussão posterior, e fortalecer o vínculo e acompanhamento do paciente pela equipe assistente, ao invés de diluí-los (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014).

Após a consulta, o apoiador matricial registrava em campo próprio sua impressão resumida e as intervenções e planos à consulta. Caso houvesse discussões de caso com o profissional de referência na ausência do paciente, estas eram registradas também em campo próprio. Se o profissional a ser apoiado houvesse sido substituído por outro profissional (com o qual idealmente teria previamente discutido o caso, de modo que seu substituto, se também tivesse a dúvida, a trouxesse como uma questão pessoal), o apoiador matricial atualizava o nome do profissional apoiado no respectivo campo.

A presença de residentes no segundo ano de PRMFC em estágio rotativo não era regularmente registrada na planilha. Discussões de caso sobre pacientes não agendados também não eram registradas, não tendo sido resgatadas.

A escolha de preceptores e residentes para as entrevistas semi-estruturadas baseou-se nos dados levantados desta planilha eletrônica. Foram levadas em conta todas as interconsultas em que apenas um profissional apoiado tivesse sido anotado. Interconsultas com mais de um profissional registrado foram desconsideradas, ao se verificar que muitas vezes significavam profissionais “potencialmente disponíveis ao matriciamento”, ao invés de ‘profissionais efetivamente presentes’.

Dos 27 profissionais com dez ou mais interconsultas individuais, os quais compunham o quartil superior, 23 eram médicos ligados ao PRMFC, e foram convidados a participar das entrevistas. Destes, um não respondeu; um recusou (por motivo pessoal); dois não conseguiram adequar horário; e uma entrevista teve problemas de gravação, não podendo ser refeita; sendo ao todo analisadas 18 entrevistas.

Os dezoito entrevistados representavam todas as seis unidades vinculadas com o PRMFC-UERJ; com um mínimo de um preceptor e um residente tendo trabalhado em cada

unidade. As interconsultas destes médicos representavam 47.7% do total. Todos participaram do apoio matricial por no mínimo 9 meses, tendo alguns participado praticamente de todo o período de apoio matricial, considerando as datas do primeiro e último contato.

O momento histórico em que os entrevistados viviam à época dos questionários era bem diferente daquele do apoio matricial, entre 3 e 5 anos antes. A partir da promulgação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelara o gasto primário federal nos 20 anos seguintes, e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, que permitira, a cargo do gestor local, menos profissionais por equipe e maior população adstrita, uma importante crise na saúde pública se instalara. No município do Rio de Janeiro, esta crise se agravava por cortes nos investimentos próprios em saúde (98% de redução entre 2016 e 2017) e redução de eSFs, eNASFs, cobertura populacional, vagas para exames, consultas e internações (MOROSINI, 2018; REIS, 2018; O'DWYER, 2019). O aumento ainda maior da pressão assistencial, a incapacidade de acompanhamento adequado a despeito de adaptações do processo de trabalho, e atrasos salariais frequentes, com ameaças de novos cortes e mesmo redução salarial, implicaram em greves no setor de saúde e evasão de profissionais. O apoio matricial em Dor, retomado em março de 2018 em apenas duas unidades (uma das quais, vinculada ao PRMFC-UERJ), foi deslocado, em dezembro de 2019, para duas unidades sem vínculo com o PRMFC-UERJ, descontinuando o trabalho conjunto.

Os entrevistados eram predominantemente: mulheres (14/18); graduados em medicina em universidades públicas (12/18); engajados na APS desde logo após a graduação (16/18); e sem formação em Dor prévia ao apoio matricial (14/18). A maioria não está mais vinculada a PRMFCs (11/18); dois entrevistados atuando na docência e um na gestão pública. Proporção significativa não está mais no Rio de Janeiro (7/18); dois entrevistados atuando fora do país. Os profissionais que aceitaram o convite assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido descrito no apêndice C, e participaram de entrevistas por acesso remoto com o autor, conforme roteiro descrito no apêndice B; as quais foram gravadas automaticamente em áudio e vídeo (ferramenta Zoom®) e depois transcritas, revisadas, e analisadas pelo autor. Os nomes citados em relação às falas são pseudônimos; atribuídos a cada entrevistado em ordem alfabética, na ordem em que as entrevistas foram realizadas; preservando o gênero do entrevistado.

O método hermenêutico-dialético, operacionalizado por Minayo, propõe a busca da compreensão dos sujeitos com relação à questão em estudo (hermenêutica) com base nas múltiplas posições e contradições que compõem esta compreensão (dialética). Deste modo, vai além de um foco no que é falado (como em métodos de análise de conteúdo) ou em como

é falado (como em métodos de análise de discurso), mantendo no centro da análise a prática social e humana, entendida como influenciada, mas não simplesmente determinada, por sua inserção contextual. A busca pela compreensão dos sujeitos parte do levantamento dos contextos em que tais compreensões se inserem (item 2.5), contextos com os quais esta compreensão dialoga (MINAYO, 2012; MINAYO, 2014).

Minayo preconiza dois níveis de interpretação:

- a) O contexto sócio-histórico do grupo social em questão (em nosso caso, preceptores e residentes do PRMFC-UERJ participantes do apoio matricial);
- b) O encontro com fatos empíricos (no caso, a experiência de apoio matricial em Dor através do NASF), buscando encontrar nos relatos a lógica interna, as projeções e as interpretações, através de: (a) comunicações individuais propriamente ditas (as falas); (b) observação de condutas, costumes e relações (em nosso caso, expressas nas falas); (c) análise de falas sobre instituições oficiais (SMSRJ, PRMFC-UERJ); e (d) observação de cerimônias e ritos atinentes ao tema; com foco na “específica significação cultural própria do grupo” ligada à realidade do contexto sócio-histórico descrito (MINAYO, 2014).

A interpretação exigiria elaboração de categorias analíticas, voltadas às relações mais abstratas e mediadoras da parte contextual; e categorias empíricas e operacionais, criadas a partir do material de campo; a partir de:

- a) Ordenação dos dados, incluindo: (a) transcrição, (b) releitura, (c) ordenação dos relatos conforme subgrupos, definidos por homogeneidades e diferenciações; (d) ordenação dos dados de observação, de forma semelhante, conforme proposta analítica;
- b) Classificação dos dados, incluindo: (a) leitura horizontal e exaustiva dos textos em busca da coerência interna das informações, anotando-se: primeiras impressões, estruturas de relevância, ideias centrais, momentos-chave, e posturas sobre o tema; (b) leitura transversal, recortando cada entrevista conforme “unidades de sentido”, quer estruturas de relevância, tópicos de informação, ou temas; (c) reagrupamento das “unidades de sentido” em “categorias centrais”, resumindo o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo estudado;
- c) Análise final, retornando aos “fundamentos das teorias que fizeram parte da elaboração dos conceitos iniciais na fase exploratória, para pôr em

dúvida idéias evidentes anteriormente e para verificar em que medida o momento pós-trabalho de campo lhes exige aprofundamento de outros temas” (MINAYO, 2014).

O estudo fora previamente submetido à plataforma Brasil e ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Pedro Ernesto/UERJ, sendo aprovado com o número de protocolo CAAE: 18268219.2.0000.5259.

4. RESULTADOS

4.1. Descrição da experiência de Apoio Matricial em Dor na APS

Entre agosto de 2014 e julho de 2016, um médico de família e comunidade (MFC) e reumatologista com Área de atuação em Dor prestou apoio matricial em Dor como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF) aos profissionais das equipes de saúde da família (eSFs) das oito unidades de ESF da Área de Planejamento 2.2 do município do Rio de Janeiro (AP 2.2); incluindo preceptores e residentes do programa de residência em medicina de família e comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC-UERJ). Ao nosso conhecimento, iniciativas de apoio matricial especificamente em Dor através do NASF não foram antes relatadas.

O apoio matricial em Dor inseriu-se em um contexto de:

- a) expansão e consolidação da APS nacional (desde 2006) e municipal (desde 2009);
- b) releitura e revisão de paradigmas no campo da Dor (desde, principalmente, 2004), particularmente quanto à dor crônica (IASP, 2004a; IASP, 2004b; STEIN, 2010; DOWELL, 2016; BALLANTINE, 2017; ERNSTZEN, 2017); e à dor musculoesquelética (EC, 2007a; EC, 2007b; PEREIRA, 2009; CHOPRA, 2013; HOY, 2014; BRIGGS, 2016a; CHEHADE, 2016; GBD, 2017); resultando na aproximação entre os campos da Dor e da APS, em estratégias regionais, nacionais, e internacionais (SBED, 2003; ENGLAND, 2010; USA, 2011; USA, 2016);
- c) projetos locais de diálogo interdisciplinar e treinamentos em ‘Dor na APS’, como o Projeto para Dor Mecânica (desde 2006), do qual a iniciativa de apoio matricial em Dor na APS é desdobramento (CORREIA, 2012; CORREIA, 2014).

A APS no município do Rio de Janeiro iniciara em 2009 um importante processo de expansão da cobertura populacional, de apenas 3,5% em 2008 para 45% em 2014, até 70% em meados de 2017 (SIMÕES, 2016; SORANZ, 2016; MUELLER, 2018); de expansão do

NASF, de 42 equipes em 2011, para 73 equipes em 2015 (FREDERICO, 2016); e dos programas de residência orientados à APS, que davam suporte à expansão.

A oportunidade e desafio pela APS em expansão atraíram MFCs de várias cidades brasileiras, como Curitiba, Florianópolis e Niterói, para a composição dos novos PRMFCs (SAMPAIO, 2014). Além do tradicional PRMFC-UERJ, de 1976, iniciou-se em 2008 o PRMFC da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ (prossequindo em 2009 como a parceria PRMFC-UFRJ/FIOCRUZ/ENSP), e, em 2012, o PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 2012 (PRMFC-SMSRJ).

A expansão representava um bom desafio, mas também importantes sobrecargas assistencial, organizacional e formativa. A pressão assistencial, antes reprimida, prejudicava treinamentos de como melhor abordá-la. A construção de um modelo de APS abrangente sofria com o convívio de paradigmas institucionais antagônicos dentro da própria gestão da APS (DE CASTRO, 2017). Como parte do esforço para composição de um currículo baseado em competências, um grupo de preceptores do PRMFC-SMSRJ foi enviado ao Curso em Avaliação para Formadores de Medicina Geral e Familiar da EURACT, em Leiria / Portugal, em 2013 (Apêndice 'D').

A APS da AP 2.2 participava deste processo e desafios. Em 2013, a APS contava com sete unidades de saúde, uma das quais seria cedida e outras duas iniciadas, antes do início do apoio matricial em Dor em 2014. Em 2012, o PRMFC-UERJ se vinculava às suas duas primeiras unidades na AP 2.2; em 2013, a duas novas unidades; e, após o início do apoio matricial, a outras duas; compondo as seis unidades com as quais manteria ligação na maior parte do período do apoio matricial em Dor. Uma destas unidades se desvincularia do PRMFC-UERJ em março de 2016, devido à violência da comunidade local.

As unidades de APS da AP 2.2 eram heterogêneas quanto à estrutura física e operacional, à localização com relação às comunidades carentes assistidas, ao perfil de violência na comunidade carente assistida, aos perfis populacionais, ao crescimento da população cadastrada, ao número de equipes, e à ligação (ou não) com o PRMFC-UERJ.

O PRMFC-UERJ foi um dos três primeiros programas de residência no âmbito da APS no país, criados em 1976 sem contato prévio entre si (os outros tendo sido em Murialdo, Rio Grande do Sul; e em Vitória de Santo Antão, Pernambuco). Teve como berço o programa Ambulatorial de Medicina Integral (AMI), já existente no Serviço de Pacientes Externos do hospital universitário da UERJ. Foi palco e fonte importante para discussão, construção, treinamento, pesquisa, e disseminação da MFC e dos princípios da APS no país (RODRIGUES, 2016).

Neste contexto, o apoio matricial em Dor foi introduzido como projeto-piloto no NASF da AP 2.2, pela experiência prévia do autor com treinamentos no tema a PRMFCs, e a percepção de que muitos dos raciocínios e ferramentas discutidos poderiam ser compartilhados com demais profissionais da eSF, se através do NASF.

O conteúdo geral proposto baseou-se no protocolo-piloto desenvolvido em relação ao “Projeto para Dor Mecânica” (CORREIA, 2012; CORREIA, 2014), incluindo:

- a) raciocínio sindrômico orientado aos clássicos “sete domínios” de um sintoma, a saber: circunstâncias de melhora e piora; região; qualidade; intensidade e experiência de doença; variação no tempo; manifestações concomitantes; e contexto pessoal, familiar e social (MORGAN, 1969), reeditados na abordagem PQRST, preconizada pela IASP (IASP, 2010);
- b) exame físico orientado à história, particularmente enfatizando, conforme suspeita, o exame articular, periarticular, miofascial (SIMONS, 1999; DONNELLY, 2019) e a pesquisa de sensibilização segmentar (FISCHER, 2002; IMAMURA, 2009; ROSA, 2013; IMAMURA, 2016; SUPUTTITADA, 2016), incluindo procedimentos diagnóstico-terapêuticos;
- c) construção de um entendimento e plano conjuntos conforme contexto pessoal, familiar e social do paciente, potencialmente incluindo orientações quanto a: (a) adaptação de atividades diárias perpetuantes (incluindo posturas, mobilização, e ergonomia); (b) quadro muscular associado (como métodos físicos; inibição de câimbras por expiração lenta e contração isométrica de antagonista; e exercícios de auto-inibição de pontos-gatilho miofasciais, alongamento, controle motor, aeróbicos, equilíbrio, e/ou fortalecimento); e (c) enfrentamentos pessoal e familiar funcionais (incluindo técnicas cognitivo-comportamentais e de abordagem familiar).
- d) Avaliação evolutiva quanto a abordagem complementar e/ou solicitação de exames complementares (CORREIA, 2014).

O autor prestou apoio matricial às oito unidades em um turno semanal para cada duas unidades próximas. Os profissionais agendavam as atividades em uma planilha eletrônica compartilhada por senha, conforme descrito na metodologia e ilustrado no apêndice ‘A’.

As atividades de apoio matricial em Dor às eSFs abrangeram principalmente as modalidades de:

- a) “atendimento individual compartilhado”, isto é, interconsultas a pacientes adstritos pelo apoiador matricial e profissional da eSF (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014);
- b) discussões de casos com um profissional, individualmente, presencialmente ou à distância (teleconsultoria);
- c) aprofundamento de temas discutidos no matriciamento a partir de material teórico disponibilizado em pasta atualizada continuamente via internet;
- d) treinamento em estágio rotatório, em turno protegido, de profissionais residentes de segundo ou terceiro ano do PRMFC-UERJ liberados para este fim, utilizando o acompanhamento de consultas a pacientes adstritos de outras equipes ou unidades;
- e) “atendimento individual específico”, isto é, consultas apenas pelo apoiador matricial (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014).

Entre junho de 2015 e julho de 2016, os residentes de segundo e terceiro ano do PRMFC-UERJ tiveram garantidos turnos semanais para acompanhamento de consultas conjuntas de outros profissionais, ou agendadas apenas para o apoiador matricial (ou, excepcionalmente, trazidas pelo próprio residente); como estágio obrigatório do segundo ano de residência e estágio optativos no segundo ou terceiro ano, cada estágio durando um mês. Estes turnos protegidos foram também facultados aos residentes de segundo e terceiro ano do PRMFC-UERJ alocados em unidades fora da AP 2.2, sem apoio matricial em Dor.

De acordo com a planilha eletrônica, foram realizadas 1321 consultas, das quais:

- a. 1004 (76%) ‘atendimentos individuais compartilhados’ entre o apoiador matricial e o profissional da eSF (interconsultas);
- b. 11 (0.8%) atendimentos compartilhados entre o apoiador matricial e outros colegas NASF, somente;
- c. 192 (14.5%) ‘atendimentos individuais específicos’, isto é, consultas somente pelo apoiador matricial (e possivelmente residentes em estágio rotatório);
- d. 114 (8.6%) casos em que não foi possível inferir se referiam a interconsultas com mais de um profissional da eSF simultaneamente presentes,

ou apenas menção dos profissionais potencialmente disponíveis para ‘acompanhamento’ do apoio matricial, não necessariamente presentes.

Nestas consultas, 759 pacientes foram atendidos, com idades entre 7 e 96 anos; e uma média de 1.74 consultas por paciente. A maioria dos pacientes (64%) teve apenas um atendimento; e 86% um ou dois. Os 33 pacientes (4.3%) que tiveram 5 atendimentos ou mais, foram responsáveis por 18% dos atendimentos.

Os componentes regionais mais comuns nas consultas foram: lombalgia (incluindo dor glútea e lombo-sacra; 24%), joelho (19%), e ombro (15%); variando a ordem, conforme unidade. Dores difusas e/ou irradiadas foram registradas em 25% das consultas.

O ritmo de dor mais comumente identificado foi o mecânico (dor que “piora ao movimento, ou posturas mantidas por tempo prolongado”, 78%); seguido do inflamatório (“dor que piora à noite, independente de decúbito ou demais circunstâncias; e/ou que piora com o repouso prolongado, e melhora gradualmente com a atividade”, 14%).

Entre as dores de ritmo mecânico, o mecanismo mais comum foi o miofascial, (58% dos casos). Definia-se uma dor como miofascial se: (a) fosse reproduzida à palpação de um ponto-gatilho muscular associado ao movimento ou postura que mais a deflagrasse; (b) houvesse significativa resposta da dor à palpação após abordagem manual ou agulhamento do ponto-gatilho; e (c) tal resposta se seguisse por redução significativa (mínimo de dois pontos em dez, ou duas categorias verbais em onze) da dor também a este movimento ou postura desencadeante. Dores mecânicas neuropáticas, sugestivas de neuropatia compressiva, compunham 2.3% dos casos; sendo trazidas com maior frequência que outras neuropatias (1.0%).

Técnicas manuais e/ou agulhamento de pontos-gatilho foram registrados em 48% das consultas. Bloqueios para-espinhosos (BPE) foram registrados em 6.7% das consultas; e demais procedimentos, como infiltrações (joelho, túnel do carpo, dedo em gatilho, tendinite de De Quervain) e/ou anestesia subacromial, em 5.5%. Em 41% das consultas, nenhum procedimento foi realizado; e, em 6.8%, não foi possível determinar se procedimentos foram ou não realizados.

Foram resgatados 111 profissionais participantes de interconsultas, predominantemente mulheres (75%); e médicos (66%). Enfermeiros foram a segunda categoria em número de profissionais (15%). Preceptores tiveram mais interconsultas (28.1%) que R1s (19.5%), R2s (19.2 %), médicos não ligados ao PRMFC (14%), enfermeiros (8.4%), ou R3s (7.9%).

Um pequeno número de profissionais foi responsável pela maioria das interconsultas. A maioria dos profissionais (55%) teve 5 ou menos interconsultas, respondendo por 13% das interconsultas. Em contraste, os 27 profissionais com dez ou mais interconsultas, que compunham o quartil superior, somavam cerca de 70% das interconsultas.

4.2. Percepções dos médicos sobre o Matriciamento em Dor na APS

As entrevistas foram suficientes para percepção de saturação teórica da amostra, quanto aos pontos principais levantados.

Categorias iniciais surgiram do roteiro proposto (Apêndice ‘B’), divididas entre os itens:

- a) ‘Dor em APS’ (‘Dor é importante’; ‘Dor ainda é mal tratada’; e ‘O que cabe à APS’);
- b) ‘A experiência de matriciamento em Dor na APS’ (‘Conteúdo’, ‘Prática’, e ‘Efeitos’);
- c) ‘Reprodução em outros contextos’ (‘Relevância e Factibilidade’, ‘Contextos’, ‘Perfil do apoiador’, ‘Formação do apoiador’, ‘Estrutura local’, e ‘Apoio político’).

Estas categorias foram reorganizadas segundo cinco temas centrais:

- a) Há um sofrimento: Não entender e não ter o que fazer – a triste ‘dança’ de reações e sofrimentos entre pacientes e profissionais perante a ‘dor que não melhora’;
- b) Há deficiências e equívocos na formação: ‘Que mágica é esta?’, ‘Como eu não vi isso antes?’ – Necessidade e potencial impacto do treinamento em Dor na APS;
- c) Há dificuldades práticas, pela pressão assistencial: ‘Gente da gente’, mas... ‘gente demais’... ‘por que tanta gente?’ – o difícil equilíbrio entre nosso melhor, nosso possível, e o que não depende de nós;
- d) Há modos de capacitar: Dentro e fora, perto e longe – a necessidade de conjugação de modelos e ferramentas de treinamento em Dor na APS;
- e) É necessário capacitar: Onde já, onde ainda não – multiplicação do apoio matricial em Dor na APS em diferentes contextos.

4.2.1. Há um sofrimento

A perplexidade e impotência perante a ‘dor que não melhora’ desdobram-se em irritabilidade, frustração, receios, angústia, e reações disfuncionais de pacientes e profissionais. Do lado profissional, algumas reações citadas foram a solicitação de exames sem indicação clínica, e estigmatização. Estes sofrimentos e reações disfuncionais foram descritos em meio a relatos do matriciamento em Dor como transformador de prática.

“A gente chegava no nosso limite, e para ele não ficar sem uma resposta, a gente pedia o raio-x, pedia uma tomografia, para falar para ele: ‘olha, alguma coisa eu ainda tô fazendo’” (Priscila)

“E, na verdade, observar a melhora dessa pessoa, quando não a resolução, mas a redução da intensidade da dor em uma pessoa desse tipo, tem um impacto, do ponto de vista do profissional... eu digo pra mim, que é gigantesco...” (Ernesto)

No entanto, a melhor formação e resultados modificam estas reações.

“[...] melhorou depressão, melhorou vários outros padrões dela, que você olhava e falava, ‘Claro, tá ali – é a dor que provoca tudo isso nela’.” (Natália)

“[...] foi muito importante, primeiro para não enxergar o caso de dor crônica como o ‘paciente chato’, por exemplo... Porque às vezes a gente pensa isso mesmo [...]” (Camila)

4.2.2. Há deficiências e equívocos na formação

Deficiências e equívocos na formação foram destacados em meio a relatos descrevendo o matriciamento em Dor como transformador de prática.

“[...] o conhecimento e a habilidade mudam drasticamente... drasticamente... porque você começa a atuar, e percebe que pode ser mais potente como médico de família [...]” (Antônio)

O raciocínio orientado à história e exame físico foi um dos itens mais destacados como transformador de prática.

“[...] primeiro, fazer um bom diagnóstico sindrômico do quadro de dor, para depois fazer o diagnóstico etiológico... e o que a gente aprende na faculdade na verdade é o contrário [...]” (Bonifácio)

Dor miofascial foi um dos itens mais destacados como transformador de prática; não apenas pela rápida resposta a técnicas manuais ou agulhamento, usada como ferramenta semiológica; mas também pela possibilidade de auto-inibição do ponto-gatilho pelo paciente, contribuindo a seu empoderamento.

“(...) ver o paciente entrando com dor e saindo sem dor, ou ver o paciente entrando mancando e saindo sem mancar, e que muitas vezes acontecia, e até os pacientes na sala de espera ficavam: ‘meu Deus, o quê que aconteceu ali dentro?’ (...)” (Raissa)

“(...) quando você faz a isquemia do ponto [ponto-gatilho miofascial] e mostra ao paciente, você co-responsabiliza o paciente no cuidado, e dá autonomia a ele nesse processo.” (Bonifácio)

O aprofundamento da abordagem biopsicossocial foi um dos itens mais destacados como transformador de prática.

“(...) pensamento biopsicossocial junto, sempre querendo entender o contexto, o que será que aquela pessoa... porque será que aquela pessoa estava tendo aquela dor... e pensando de formas diferentes de manejar aquilo.” (Geraldo)

4.2.3. Há dificuldades práticas, pela pressão assistencial.

A pressão assistencial, frente ao maior tempo de consulta necessário ao aprendizado, foi a maior dificuldade relatada, sendo procedimentos em dor miofascial e a flexibilidade do matriciamento destacados como úteis.

“(...) quando ela entrou, eu falei ‘Ah não vai dar tempo’ (...) ‘não, deita aqui rapidinho’... Aí você foi lá, pegou a patela, desfez um ponto-gatilho [miofascial], ela botou o pé no chão e falou ‘meu Deus, há onze anos que eu sinto dor, e hoje eu não estou sentindo!’” (Tânia)

Treinamentos pelo NASF (e pelo PRMFC) eram prejudicados pela pressão assistencial; mesmo se reconhecendo que, a longo prazo, a melhor resposta em casos de dor crônica auxiliaria no manejo das demandas.

“Nós temos uma agenda cheia, e acabava não tendo tanto tempo quanto eu gostaria de tirar dúvidas (...) repetia casos para o matriciamento sem necessidade, eventualmente (...)” (Hannah)

“(...) até freava de eu marcar um matriciamento (...) que também, a longo prazo, ajudava, porque era um paciente que não iria retornar mais, ou retornaria em tempos mais afastados” (Geraldo)

Um espaço protegido na agenda foi considerado fundamental, necessário, ou sugestão; mas ponderou-se que a demanda era acumulada para espaços não protegidos.

“(...) o matriciamento demanda um tempo que você tem que se dedicar ali, mas, ao mesmo tempo, a cabeça estava lá na agenda, que tinha 50 mil pessoas reclamando, e eu acho que a residência tinha que proteger mais esse tempo (...)” (Lúcia)

“(...) no que eu fechava meio turno (...) depois eu tinha que me virar com as demandas de qualquer jeito.” (Daniela)

Preceptores eram afastados dos residentes, e do apoio matricial, pela pressão assistencial na unidade e acúmulo de tarefas.

“(...) eu sentia falta de ter os preceptores perto de mim para eu me inspirar (...) Porque eu entendo que nós tínhamos uma demanda na unidade que as preceptoras acabavam absorvendo (...)” (Hannah)

“(...) Eu sempre procurava, na verdade, priorizar o aprendizado do residente (...) do que priorizar o meu próprio aprendizado.” (Fabiana)

O apoio pelo apoio matricial em Dor à formação dos residentes em MFC foi destacado.

“Então, o matriciamento era uma ótima oportunidade de eu estar ali com um profissional experiente, e tentar me inspirar nele, (...) de como me comunicar, de como agir, de como gerir o tempo, de como fazer...” (Hannah)

“(...) o matriciamento só foi me dando suportes para aplicar o que na residência eu estava aprendendo (...)” (Queila)

O mau dimensionamento das equipes frente ao número e vulnerabilidade de moradores foi considerado a principal causa da pressão assistencial, sendo uma questão política.

“(...) extinção de equipes de saúde da família [como atualmente], fazendo com que as remanescentes precisassem dar conta de uma população muito maior (...), com perfis de vulnerabilidade muito grande, muito graves (...)” (Ernesto)

“(...) com a crise, muitas pessoas deixaram de ter plano de saúde e foram para o Sistema único de Saúde...” (Íris)

4.2.4. Há modos de capacitar

O modelo baseado em interconsultas e teleconsultoria, associado a estágio complementar em turno protegido, foi destacado pelos entrevistados como necessário e ideal.

“Daí principalmente o matriciamento em consulta, que você faz o procedimento junto, é um aprendizado de fato” (Priscila)

“(...) a gente precisa muito do NASF muitas vezes quando ele não tá lá com a gente (...)” (Geraldo)

A disponibilização de bibliografia de apoio para estudo à distância foi considerada importante por alguns, mas não utilizada por outros pela sobrecarga de trabalho e necessidade de tempo para tarefas domiciliares.

“(...) tinha também o material teórico que foi fornecido, e conseguia preencher bastante estas lacunas (...) quando não conseguia conversar com calma (...)” (Tânia)

“(...) fora dali era muito difícil, era muito difícil estudar (...) Foi um período muito conturbado! A gente saindo tarde sempre...” (Olga)

Outras modalidades e ferramentas complementares foram requisitados; sendo o feedback formativo percebido como fundamental.

“(...) alguma aula de metodologia ativa, de colocar a gente examinando a gente mesmo” (Márcia)

“(...) uma estrutura mesmo, em 3D (...) [pois] eu não conseguia transpor a imagem para o que eu estava fazendo ali.” (Olga)

“(...) uma cartilha mesmo, de manejo de dor (...)” (Priscila)

4.2.5. É necessário capacitar

O reconhecimento da necessidade de estender a capacitação em Dor a outros profissionais e contextos ficou evidente pela larga multiplicação espontânea paralela ao matriciamento, e após a interrupção do matriciamento original.

“(...) a gente vê residentes que cada vez mais cedo não passam por você, mas que aprendem junto a preceptoria local, e com outros residentes que passaram por você” (Geraldo)

“(...) a partir do matriciamento de dor, criou-se uma onda de propagação para outros locais. (...) congressos brasileiros (...) outros médicos de família fazendo trabalho semelhante em outros estados.” (Fabiana)

“(,,,) ensinei a técnica que eu sabia para vários colegas, fazia isto na França, fiz isso aqui em Portugal quando fiz estágio.” (Hannah)

Tal reconhecimento também se evidenciou pela larga multiplicação sugerida.

“(...) vejo isto como um problema de saúde [pública]: se as pessoas não sabem tratar, não sabem reconhecer um caso mais complexo, e fazer os devidos encaminhamentos (...)... fica complicado gerir. (...) tinha que fazer parte do NASF ‘fixo’(...)” (Tânia)

“(...) poderia ser uma matéria, digamos assim, obrigatória em todos os PRMFCs.” (Hannah);

“(...) todo médico em formação tinha que ter este ‘matriciamento’, não só os médicos de família (...)” (Queila)

O apoiador matricial deve ter competência em Dor, em andragogia, e nos princípios e realidade da APS.

“(...) ele deve conhecer a APS, (...) quais são as atribuições do médico de APS ou do enfermeiro (se ele também for matriciado), conhecer sua Carteira de Serviços; e a infraestrutura que a unidade tem a oferecer (...)” (Raissa)

“Acho que a formação ideal... acho que ele pode ser médico de família e comunidade [risos]!” (Priscila)

O apoio político à APS e à capacitação em Dor pode ser conseguido por divulgação e pesquisas sobre impactos diretos e indiretos da melhor abordagem de pessoas em dor quanto a uso racional de recursos humanos e financeiros, e prevenção quaternária.

“E, naturalmente, que isto vai reduzir custos, ou pelo menos racionalizar o uso dos recursos (...)” (Ernesto)

“(...) não ‘é’ só questões relacionadas a custos de cirurgias de estômago, ou de hemodiálises, ou de internações em UTIs, etc [por complicações do uso inadequado de anti-inflamatórios] (...) As pessoas que tem dor faltam mais ao trabalho, e ficam desempregadas, produzem menos para a nação.” (Antônio)

5. DISCUSSÃO

A década entre 2006 e 2016 foi marcada por grandes avanços no Brasil quanto à sedimentação de um modelo de APS abrangente; por grandes avanços no mundo no campo de saberes e práticas de abordagem de pacientes em dor; e por iniciativas de contato interdisciplinar entre os campos de saberes e práticas da APS e da Dor, entre as quais se insere esta iniciativa de apoio matricial em Dor na APS através do NASF.

A experiência ocorreu durante um período de grande expansão da APS no Brasil, no Rio de Janeiro, e na AP 2.2; com seus correspondentes desafios (a) clínicos, de cuidado a uma grande população adoecida e vulnerável; (b) logístico, pela pressão assistencial devida à demanda previamente reprimida; (c) político-institucionais, pela persistente coexistência de paradigmas conflitantes norteando à vezes simultaneamente esta APS; e (d) sociais, pelo contexto de miséria e violência nas comunidades assistidas, que influenciava e limitava o cuidado adequado.

Os ritmos mecânico e inflamatório foram os mais comumente encontrados às consultas de apoio matricial (78% e 14%). Entre os mecanismos ligados à dor de ritmo mecânico, as dores miofasciais foram as mais frequentes (58% de todas as consultas); usualmente confirmadas pela pronta resposta da dor postura ou movimento que a intensificava, após inibição do ponto-gatilho suspeito. Entre as neuropatias, o ritmo mecânico (sugerindo neuropatia compressiva) também foi também mais frequente (2.3%) que os demais (1.0%). Estes achados ilustram a importância, na APS, do diagnóstico diferencial sindrômico, particularmente entre dores neuropáticas, miofasciais, e artrites; e da abordagem da dor miofascial; destacados pelos entrevistados.

Pelo predomínio de dor miofascial, procedimentos manuais ou agulhamentos voltados à inativação de pontos-gatilho miofasciais foram os procedimentos mais comuns (48% das consultas), seguidos de bloqueio para-espinhoso (voltado à sensibilização medular) e outros procedimentos (infiltrações e anestesia subacromial), ambos em cerca de 6% dos casos. Em 41% das consultas, nenhum procedimento manual ou invasivo foi realizado, reiterando que o apoio matricial não se limitava ao treino de procedimentos.

A maior parte dos pacientes (86%) foi vista apenas uma ou duas vezes. Porém, não parecem ter ocorrido demandas excessivas de algum grupo de pacientes, a ponto de prejudicar o acesso dos demais. Os poucos pacientes com 5 atendimentos ou mais foram responsáveis por apenas 18% dos atendimentos.

Quanto aos profissionais apoiados, no entanto, uma situação diferente pode ter ocorrido. Um número relativamente pequeno de profissionais utilizou muito o apoio matricial, enquanto uma grande maioria o usou poucas vezes. Os 27 profissionais com dez ou mais interconsultas, que compunham o quartil superior, somavam cerca de 70% de todas as interconsultas.

Esta priorização pareceu ser consequência, em parte, da recomendação que se agendassem os pacientes que gerassem ao profissional maior ‘angústia’, atraindo os profissionais que já percebessem a dificuldade do tema; e, em parte, da disponibilização do período de apoio matricial a toda a unidade, e não por equipes, o que facilitava o acesso aos mais interessados. Não separar horários por equipes era necessário para oportunizar revisões semanais, e com isso o treino em empoderamento de pacientes que começaram a melhorar por procedimentos bem sucedidos. Por outro lado, uma vez capacitado um grupo engajado, a multiplicação talvez prosseguisse independentemente do apoio matricial – o que, de fato, pareceu ter ocorrido.

Preceptores participaram de mais interconsultas (30% do total) que R1s / R2s (cerca de 20%), e Enfermeiros / R3s (cerca de 10%). O predomínio de preceptores foi estimulado, ao menos inicialmente, pelo posicionamento privilegiado deste grupo quanto à multiplicação das discussões e treinamentos nas equipes. Em análise mais detalhada, nota-se que o predomínio foi particularmente evidente em três unidades; duas das quais lhes separaram um horário protegido para o apoio matricial.

O número de atendimentos ‘específicos’ do apoiador (192 consultas) pareceu adequadamente modesto perante as 1004 interconsultas com profissionais da eSF, refletindo a priorização das interconsultas. Ressalte-se que muitas destas consultas ‘específicas’ foram utilizadas para discussão e treinamento com residentes em estágio rotativo, não registrados; tendo portanto também servido ao treinamento de profissionais.

Os dezoito entrevistados pareceram representar adequadamente as seis unidades vinculadas ao PRMFC-UERJ (com ao menos um preceptor e um residente tendo trabalhado em cada unidade). Suas interconsultas somadas representavam aproximadamente metade das interconsultas de apoio matricial.

Os entrevistados representaram olhares seletos, tanto pelo envolvimento pessoal na defesa tanto de uma APS abrangente e da abordagem adequada de pessoas em dor na APS em si, mas também pelos vários contextos do qual hoje participam, como docência, gestão da saúde pública, outros estados e países. Suas falas depreendem estes contextos e histórias de vida, espelhadas em diferentes ênfases – do sofrimento do paciente, à resolutividade clínica, à

integração clínica, ao aspecto didático-processual, à viabilização processual, ao foco na residência de MFC, à multiplicação dentro da especialidade, ao relacionamento com a RAS, à gestão de rede, ou à visão político-econômica. Foi desafiador conjugar tantos ângulos envolvidos nas percepções destes profissionais.

Os entrevistados descrevem uma triste ‘dança’ de reações e sofrimento entre pacientes e profissionais, por não entenderem e não terem o que fazer frente à ‘dor que não melhora’. Pelos depoimentos, a perplexidade e impotência desdobram-se em irritabilidade, frustração, receios, angústia e desesperança, não somente aos pacientes em dor e suas famílias, focos clássicos do cuidado, mas também a seus profissionais de saúde. Segundo as falas, dor dificultaria acesso a ambos (difícil locomoção), abordagem paralela de outras questões de saúde a ambos (difícil priorização paralela), e mesmo consultas de duração adequada a ambos (pelo aumento da pressão assistencial), somando ao estresse emocional e hiperreatividade de ambos.

Do lado profissional, o paciente em ‘dor que não melhora’ parece passar frequentemente de “alguém que não se queria ver sofrer” para “alguém que não se queria ver”; tornando-se o paciente-desafio, tipicamente citado nas aulas em defesa da abordagem biopsicossocial, tema tão pouco dominado; ou a lembrança viva dos limites do profissional, enquanto profissional e enquanto ser humano; ou simplesmente aquele “chato”, que “suga” energia, sem que se lhe possa devolver esperança, na rotina já desgastante, em que o profissional tem de priorizar casos a que melhor possa contribuir.

Do lado do paciente, cresce o desalento, paralelos ao sofrimento, estigma, sobrecarga e desajustes.

Porém, na fala dos entrevistados, o incômodo, resistência, irritabilidade, frustração, e preconceito dos profissionais, e a desesperança e posturas disfuncionais dos pacientes, parecem se reduzir significativamente com o melhor entendimento e resultados. Observar a melhora, e até resolução, em inclusive curto espaço de tempo, de uma dor crônica e limitante, em uma pessoa que não mais via, e em quem não se via – para quem não havia, enfim – esperança, tem, segundo os relatos, grande impacto na equipe como um todo.

Os entrevistados destacaram consistentemente deficiências e equívocos percebidos na graduação, em especializações médicas (incluindo MFC), e intensificadas na prática clínica, relacionadas à abordagem da pessoa em dor na APS. Destacou-se recorrentemente a importância do apoio matricial em sedimentar que a maioria dos pacientes em ‘dor que não melhora’, incluindo dores crônicas, poderiam ser abordados adequadamente na APS, na dependência somente de formação apropriada; em contraste com a pouca ênfase dada: (a) ao

tema durante a graduação e especializações (incluindo PRMFCs); (b) à história e exame físico (antes ou ao invés de exames complementares); (c) à dor crônica, dor miofascial, e afecções reumatológicas comuns; (d) a orientações mecânicas e de enfrentamento funcional; e (e) ao modelo biopsicossocial. Os relatos da importância da dor para os pacientes e sociedade, e das limitações usuais à sua abordagem, foram quase sempre em meio às falas sobre a realidade dos entrevistados antes versus depois do matriciamento.

Destacaram-se, particularmente: (a) o diagnóstico diferencial sindrômico, particularmente pela instrumentalidade de diferenciação entre dores neuropáticas, miofasciais, e artrites através da história e exame físico; (b) a abordagem da dor miofascial, pela pronta resposta do ponto-gatilho miofascial a técnicas manuais ou agulhamento, apoiando o diagnóstico diferencial e o entendimento e plano comuns; e (c) a avaliação e abordagem biopsicossocial. O treinamento na indicação e interpretação de exames complementares, e no manejo farmacológico das doenças inflamatórias sistêmicas mais comuns (como artrite crônica pós-Chikungunya e artrite reumatóide) foram também destacados por alguns como importantes em suas práticas ainda atualmente. O manejo de medicações voltadas para a sensibilização central também foi valorizado.

O matriciamento foi considerado instrumentalmente útil por todos os entrevistados, e transformador de prática pela maioria. O raciocínio clínico orientado à história e exame físico; incluindo a semiologia ‘armada’ com procedimentos diagnóstico-terapêuticos de pronta resposta; e alinhado à construção de um entendimento e plano comuns entre paciente e profissional pela abordagem biopsicossocial associava-se, segundo os entrevistados, à redução de medicações, exames complementares e encaminhamentos, com boas respostas e segurança. O apoio matricial também treinava o uso da evolução como adjuvante diagnóstico, com uma revisão rápida do caso guiando ou a abordagem complementar, ou a solicitação de exames complementares, em caso de má evolução.

A pronta resposta da dor miofascial foi várias vezes descrita por expressões como “Não é possível”, “Parece mágica”, “Por que nunca me ensinaram isto antes?”, “Por que é que todo médico não sabe isto?”. As mesmas impressões são recorrentes na literatura (FOSTER, 2009; DONNELLY, 2019), embora a comprovação de eficácia por trabalhos ainda esbarre em questões como qualidade, e, principalmente, heterogeneidade, dos trabalhos quanto a: (a) definições (por exemplo, se a definição de dor miofascial requereria resposta da queixa usual após inativação local do ponto-gatilho, ou apenas reprodução da dor usual à sua compressão; ou se a definição de sensibilização central requereria questionários validados ou dados de exame físico, e, neste caso, quais dados seriam suficientes), (b) classificação (por exemplo,

distinção entre pontos-gatilho como mero “epifenômeno”, nenhuma resposta da dor usual ocorrendo à sua inativação; pontos-gatilho “secundários” ou “satélites”, a dor retornando plena e rapidamente a despeito de o ponto-gatilho permanecer inativo, sugerindo reação a uma fonte primária não abordada; ou pontos-gatilho ‘primários’, a pronta resposta sustentando-se após sua inativação), (c) avaliação (identificação dos pontos-gatilho por palpação; ou exigência de sonoelastografia), (d) abordagem (técnicas de agulhamento; associação ou não de outros procedimentos conforme mudança do quadro, e como avaliar isto), (e) critérios de resposta (quais instrumentos validados).

Bloqueio para-espínho (BPE) – a anestesia em leque dos ligamentos inter e supraespínhos, com efeito sobre a sensibilização medular do segmento correspondente – foi também lembrado como associado a situações semelhantes de pronta resposta, em contextos de dores múltiplas e refratárias mesmo ao agulhamento isolado de pontos-gatilho; embora, como outros procedimentos terapêuticos, como anestesia subacromial, e infiltrações, prosseguisse sendo realizados por poucos entrevistados, por uma necessidade percebida de maior tempo de treino para aquisição de segurança, e de prática contínua para manutenção desta segurança. No apoio matricial, o BPE era entendido como auxiliar ao raciocínio diagnóstico, a ser complementado pela evolução; de modo semelhante à abordagem da dor miofascial.

O ‘teste do clipe [de papel]’, uma das técnicas para identificação da sensibilização medular segmentar, foi mencionado. O teste era utilizado, particularmente, no contexto da avaliação de indicação de um bloqueio para-espínho, procedimento que a maioria não persiste realizando; o que talvez explique por que tal procedimento simples não foi mais vezes comentado. Frequentemente, durante o apoio matricial, a identificação pelo paciente de um padrão dermatomérico de hipersensibilidade fornecia ao profissional a confirmação objetiva de que o paciente não estava simulando sua dor, ou a sentindo a partir de algum processo completamente desvinculado com a realidade física, uma vez que exames de imagem não tinham mostrado lesões compatíveis. Testes físicos de sensibilização segmentar certamente deveriam ser mais discutidos e estudados na literatura.

Os entrevistados também mencionaram várias vezes como a percepção da dor como um problema abordável gerava oportunidade de conferir alívio também a outras questões, de ordem emocional, familiar ou social, talvez ainda mais difíceis. Uma boa resposta da dor fortalecia o vínculo e o conhecimento do paciente; às vezes acompanhando-se por mudanças em posicionamentos e hábitos previamente consideradas improváveis.

Além disto, a prática da avaliação e abordagem psicossociais motivada pelo matriciamento em dor foi algumas vezes relatada como auxiliando a comunicação com pacientes em outras circunstâncias, e como apoio ao treinamento em prática clínica centrada na pessoa e família pelo PRMFC. Esta percepção talvez tenha influenciado a sugestão, por alguns entrevistados, de que, para reprodução da experiência em outros contextos, o matriciador em Dor na APS fosse preferencialmente um MFC.

Os entrevistados descreveram, por um lado, o orgulho e responsabilidade que têm em fazer parte de um esforço de geração de acesso, vínculo, entendimentos e abordagens ampliadas, resolutividade local, e defesa de seus pacientes com relação a uma RAS percebida como sobrecarregada, desarticulada, descomprometida com resultados, pouco sensível a cuidados colaborativos, e mais focada em ‘suas’ doenças e ‘seus’ tratamentos que nas pessoas sofrendo as doenças ou se submetendo (ou não) aos tratamentos.

O contraste entre esta APS em cuja construção os entrevistados se engajam e a realidade da RAS em que se percebem inserir, é notório nas falas sobre a baixa qualidade da abordagem nas unidades de urgência e de atenção secundária de suas realidades; nos comentários sobre os ‘pseudo-matriciamientos’ por profissionais incorporados da atenção secundária ao NASF sem perfil ou prática adequadas à nova posição; e no destaque por um dos entrevistados da contribuição do apoio matricial em Dor em quebrar o preconceito comum de que MFCs e especialistas de outras áreas tinham visões irreconciliáveis.

Ressalve-se que nem todos os entrevistados têm uma visão apenas pessimista da RAS com que lidam. Embora também reforce a dificuldade da lide da RAS como um todo com o paciente em ‘dor que não melhora’, um dos entrevistados destaca como o fundamental primeiro passo para a multiplicação da vivência no apoio matricial não a incorporação de mais apoiadores matriciais em Dor ao NASF – mas a busca, na realidade concreta da RAS, dos profissionais que eventualmente já estivessem desenvolvendo localmente iniciativas semelhantes, para apoio, adaptação e ampliação, dentre todos os níveis de atenção. Lucidamente, o entrevistado prossegue lembrando que também na APS seria necessário buscar equipes qualificadas e pró-ativas para receberem o apoio matricial.

Por outro prisma, os entrevistados destacam a grande pressão assistencial que sofrem, incluindo de casos urgentes, e que reduzem o tempo de consulta usual a cerca de cinco a quinze minutos; em parte, como evidência de um bom trabalho (uma vez que o paciente passa a procurar a APS por reconhecimento de uma abordagem mais efetiva); em parte, pela falta percebida de apoio adequado de outros pontos da RAS, incluindo pronto-atendimentos; e, particularmente, pelo tamanho e vulnerabilidade da população adstrita. O trabalho na APS,

por um lado (ou previamente) descrito como apaixonante, passa a ser também (ou tão somente) frustrante e adoeedor. Reconhecem que esta pressão assistencial compromete suas funções, a qualidade de suas ações, e mesmo os treinamentos em serviço que, em longo prazo, potencialmente lhe ajudariam perante a pressão assistencial.

A tensão entre a ‘capacitação para uma melhor abordagem’ e a ‘rapidez para alguma abordagem’ é percebida também nas falas sobre o PRMFC. Percebeu-se a sobrecarga dos preceptores com várias tarefas; que os desviavam dos residentes, no dia-a-dia de sua formação e, mais tarde, desviariam alguns deles do apoio matricial – justamente os preceptores, multiplicadores naturais das discussões. Relatou-se que tarefas formativas da residência também tinham de disputar espaço com a pressão assistencial; enquanto discussões diárias, orientadas aos casos acompanhados, eram por vezes mais breves que o ideal, porque entremeadas na demanda do dia. O mesmo aconteceria posteriormente, no apoio matricial em Dor.

Assim como nas consultas usuais era possível adaptar consultas a abordagens de cinco minutos, foram citadas abordagens de poucos minutos sendo possíveis pelo apoio matricial em Dor. O uso de “divisores de águas” no diagnóstico diferencial e a pronta abordagem quanto à dor miofascial contribuía à agilidade. Intervenções breves podiam ser suficientes para gerar esperança e permitir um plano comum, usando-se daí em diante da longitudinalidade como ferramenta. Outra vez – na prática diária, como no apoio matricial – não. O contexto de APS frequentemente encontra pacientes em situação de difícil acesso e revisão, pouca rede de suporte, e grande sofrimento e/ou vulnerabilidade, em que uma consulta, eventualmente bem mais longa, porém potencialmente mais resolutiva quanto a procedimentos, poderia se justificar, frente a consultas menores mais afastadas (que podem eventualmente sequer se concretizar). O equilíbrio entre um e outro é um desafio difícil, embora característico, da APS.

Turnos protegidos para algumas atividades do PRMFC e para o apoio matricial foram destacados como úteis e até essenciais. Bem se argumentou, no entanto, que as demandas evitadas em um período protegido de treinamento seriam acumuladas para um momento não protegido; e a grande razão para a pressão assistencial era o mau dimensionamento das equipes, frente às vulnerabilidades da população e às limitações da RAS; sendo, portanto, de âmbito político.

A rápida expansão da APS, sem suficiente adaptação quantitativa ou qualitativa dos demais níveis da RAS, ou alinhamento de vários dos gestores aos novos paradigmas, impuseram em si sobrecargas, descritas quanto ao contexto histórico. Deficiências locais de

infraestrutura causando desvios de função dos preceptores, e às vezes falta de instrumental básico às unidades, como agulhas, são percebidas aos depoimentos. Os relatos sobre a situação atual da redução do número e tamanho de equipes de APS, com sobrecarga ainda maior dos profissionais remanescentes, apesar do progressivo processo de empobrecimento populacional e busca crescente de apoio no SUS, ressalta o quanto a solução da questão não passa somente por esforços pessoais.

Porém o próprio trabalho de estímulo à participação, discussão, mobilização, e empoderamento comunitário, previstos em Alma-Ata, Ottawa, e Astana (WHO, 1978; WHO, 1986; WHO, 2018) e no SUS (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2012a, BRASIL, 2017), que por sua vez poderiam influenciar, pelos instrumentos de controle social, mudanças políticas a favor do sistema de saúde como um todo, este próprio trabalho, típico da APS, é também prejudicado pela mesma pressão assistencial e dificuldades de infraestrutura.

A interconsulta presencial, associada à teleconsultoria e estágio complementar em turno protegido, foi destacada como possivelmente o melhor modelo para aprendizagem por profissionais da APS. Alguns entrevistados sentiram falta de momentos teórico-práticos introdutórios ou complementares; treinamentos intensivos em procedimentos; e uso de modelos tridimensionais para facilitar o entendimento anatômico. A biblioteca virtual sobre temas discutidos no matriciamento e o texto de apoio, nela incluída, condensando a estrutura de raciocínio e abordagens trabalhadas, foram lembrados como ferramentas complementares úteis por alguns entrevistados, embora não usados por outros por dificuldade de estudo domiciliar.

A prática regular de feedbacks com fim formativo pareceu ao autor, após as entrevistas, uma ênfase essencial a ser adotada. Alguns poucos profissionais demonstraram às entrevistas impressões bastante diferentes do que o apoiador matricial esperaria de suas lembranças em comum; comprovando que o acompanhamento longitudinal não substitui o feedback formativo. Por exemplo, a dificuldade de estudo do texto de apoio em domicílio poderia ter sido amenizada justamente pela disponibilização de uma cartilha condensada para uso prático, seguindo questões e sugestões dos próprios entrevistados.

Foram reconhecidas as ênfases do apoio matricial em Dor às dúvidas, potencialidades, vivências, instrumentos, e paradigmas, da APS; a uma estrutura de raciocínio e abordagens previamente sistematizada, orientada à APS; e ao uso do vínculo entre paciente e apoiador matricial como instrumento de reforço ao vínculo entre o paciente e profissional. A perspectiva do apoio matricial a todas as categorias profissionais, no entanto, não foi percebida pela maioria dos profissionais; a despeito de quase 25% das interconsultas, e quase

40% dos apoiados, não terem sido profissionais médicos; sendo frequentemente sugerida, pela simplicidade e adequabilidade do conteúdo, e potencial facilitação da comunicação e abordagem em equipe.

A priorização do agendamento pelo médico em lugar de outros profissionais pode ter contribuído para o entendimento que o apoio matricial era apenas para os médicos. Tal priorização teria ocorrido devido: (a) aos poucos horários para agendamento do apoio matricial, (b) à necessidade de que um dos dois atendesse à ‘demanda livre’ para o outro se dedicar ao matriciamento, pelo que ambos não estariam simultaneamente disponíveis; e (c) ao médico poder ser treinado no uso de medicamentos e procedimentos ambulatoriais, enquanto que enfermeiros estariam limitados à história e exame físico, e às técnicas manuais.

A multiplicação das discussões e treinamentos foi tema espontâneo em várias falas; quer referindo-se à multiplicação intra-equipe ou intra-unidade (a colegas não contemplados diretamente pelo apoio matricial, paralelamente ao apoio matricial); quer a profissionais não contemporâneos ao apoio matricial via NASF, como as gerações seguintes de residentes; quer a congressos de MFC; quer a serviços externos à APS; quer a treinamentos em outros estados; e mesmo a contextos fora do Brasil, com que os profissionais apoiados tiveram contato.

Os entrevistados mencionaram que, nos anos que se seguiram ao apoio matricial, preceptores e residentes previamente apoiados (alguns destes residentes tendo se tornado preceptores) estenderam com segurança e em conjunto o conhecimento e prática aos novos residentes, de modo que estes se sentiam muito precocemente seguros em abordar pessoas em dor na residência, em contraste com a realidade prévia dos entrevistados. Profissionais provenientes de diferentes unidades apoiadas, ao se encontrarem em nova unidade, se surpreenderam por terem uma mesma linguagem e postura em relação ao tema.

Uma parcela significativa dos entrevistados não estava mais no Rio de Janeiro; tendo levado as discussões e treinamentos para suas novas realidades. Alguns dos entrevistados migraram para outros contextos, como a docência (inserindo as discussões e treinamentos na formação de internos em medicina e canais teóricos de residentes) e a gestão da saúde pública (acrescenta ao seu contexto uma visão particular do que pode ser feito). Outros referiram ter aplicado e compartilhado as discussões em treinamento em serviços onde trabalharam, e durante estágios em outros países. Um entrevistado destacou entender que o apoio matricial em Dor influenciou o reconhecimento do tema da Dor na APS como parte importante da formação do MFC dentro da própria especialidade, com maior espaço em congressos brasileiros e surgimento de trabalhos semelhantes em outros estados.

Os entrevistados sugeriram que o apoio matricial em Dor via NASF deveria ser oferecido, no modelo proposto, a todas as equipes de saúde da família; ou ao menos tão frequentemente quanto o apoio matricial em saúde mental. Sugeriram que treinamento semelhante fosse obrigatório em todos os PRMFCs, e, inclusive, a todos os médicos em formação.

Como estratégia alternativa de reprodução de treinamentos semelhantes, defendeu-se, com propriedade, buscar conhecer as iniciativas de treinamento em Dor na APS já existentes; as equipes e unidades da APS em condição de serem capacitadas; e as equipes da rede de regulação capazes de fornecer feedback a ambos sob a forma de diagnósticos situacionais; conjugando e adaptando estes três grupos de atores em direção a um cuidado colaborativo eficiente.

Demonstrou-se preocupação com que novos treinamentos mantivessem um alinhamento geral com as discussões trazidas por esta experiência de apoio matricial, que reflete construções internas do Grupo de Trabalho em Dor da SBMFC (GTDor); recomendando que a capacitação de um possível apoiador em Dor inclua participar de espaços de formação e de troca entre profissionais envolvidos com esta discussão e prática, como o próprio GTDor e respectivas atividades.

Apesar de concordarem quanto à necessidade de uma capacitação específica em Dor (e em andragogia), os entrevistados tiveram dificuldade em apontar como melhor adquiri-la. O apoio matricial em Dor via NASF foi sugerido por alguns entrevistados como uma formação possível para novos apoiadores matriciais, desde que treinados especificamente com esta finalidade, e adquirido conhecimento, postura, habilidade, competência e experiência suficientes. Esta sugestão acompanha a expectativa, gerada da necessidade contínua de expansão da APS, que pelo menos parte dos bons profissionais ‘treinados’ se tornem ‘mestres’, como ocorre em PRMFCs; com a evidente vantagem de preservação natural de diálogo com ênfases já sedimentadas, em um grupo coeso a se estimular mutuamente e à interface com outros. Argumentou-se, por outro lado, que, por requerer uma experiência que dê conta de situações eventualmente menos comuns, o apoio matricial não fosse isoladamente suficiente para capacitar um apoiador matricial. Um caminho possível seria o próprio aprofundamento do diálogo com os demais níveis da RAS, de modo a incluir a realidade e discussões próprias da APS nos cursos formais de especialização em Dor.

Além de competência técnica em Dor, os entrevistados destacaram que o apoiador matricial em Dor na APS deveria ter competência em ensino de adultos (andragogia); sensibilidade à lógica de cuidados colaborativos; e entendimento e prática adequados aos

princípios e realidade da APS, como: paradigma biopsicossocial; ênfase na empatia e vínculo com o paciente; flexibilidade e disponibilidade.

Pela vantagem formativa, dados os pressupostos acima, a Medicina de Família e Comunidade foi sugerida pelos entrevistados como uma especialidade ideal, vantajosa, ou possível, ao apoiador matricial; desde que com capacitação específica e suficiente em Dor na APS. Atualmente, a MFC não é contemplada como uma das especialidades possíveis ao NASF (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2014); talvez pelo pressuposto que especialistas em MFC seriam melhor aproveitados na função de médicos de equipe na APS, deixando ao NASF profissionais de outras especialidades com interesse especial em APS. Por outro lado, o conceito original de apoio matricial inclui o matriciamento de um especialista a colegas de mesma especialidade (CAMPOS, 1999); e, na realidade atual de APS, em que a maioria dos médicos de equipe não são MFCs ou dominam os focos, objetivos e ferramentas da APS, e as vagas em PRMFCs prosseguem insuficientes para a realidade nacional, talvez especialistas em MFC no NASF sejam uma proposta particularmente útil de multiplicação de conceitos e ferramentas para a APS, semelhante à de iniciativas como, previamente, o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), e, atualmente, o Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019); e de certo modo mais abrangente, já que o NASF não apóia somente a médicos. Ao mesmo tempo, um especialista MFC no NASF serviria de apoio aos demais especialistas NASF e ao restante da RAS, na tradução de suas culturas e práticas à realidade da APS, e vice-versa; como ocorreu, por vezes, no apoio matricial em Dor.

Médicos de outras especialidades também foram considerados opções adequadas para o apoio matricial em Dor, desde que competentes em Dor (preferentemente para além do tratamento medicamentoso), andragogia, e com interesse especial em APS. Por outro lado, a maioria dos entrevistados entende que a parte do apoio matricial relacionada a prescrições e procedimentos, considerada importante, ficaria prejudicada no caso de o apoiador não ser médico; embora especialistas não-médicos possam em muito contribuir no âmbito de suas formações no que tange à Dor.

Os entrevistados destacaram que a estrutura física das unidades de ESF é usualmente suficiente para o treinamento em Dor; desde que atenção seja dada ao pedido e garantia de materiais básicos (como agulhas e anestésico para procedimentos). Por outro lado, seria importante garantir uma estrutura logística mínima de, no horário de apoio matricial, duas equipes em atendimento simultâneo, para cobertura de demandas; e, correspondentemente, um mínimo de dois preceptores na unidade durante o turno de apoio matricial. Além disto, foi

lembrada a importância de um trabalho continuado de gestão de casos de pacientes em ‘dor que não melhora’.

Os entrevistados deram bastante ênfase à importância de vontade política para a reprodução do apoio matricial em Dor em outros contextos. Destacou-se, em especial, a necessidade de: (a) divulgação da experiência; (b) políticas de incentivo e processos de seleção para o NASF; e (c) reversão do processo de precarização, e estímulo à expansão, da APS e do NASF, entendidos como qualificadores da RAS.

Como exemplos do processo atual de precarização da APS, foram citados: (i) o processo de redução de equipes, apesar do tamanho e vulnerabilidade das populações adstritas atuais, e do empobrecimento populacional progressivo; (ii) a desvalorização da ESF (com seu respectivo teto máximo de moradores adstritos por equipe) como modelo-alvo para a APS na PNAB (BRASIL, 2017); e (iii) a redução progressiva das eNASFs (ilustrado pela interrupção do próprio apoio matricial em Dor, à época das entrevistas). Referiam-se à crise atual da saúde, a partir de 2016, comentada à metodologia.

Conjugar as consultas de matriciamento e a pressão assistencial foi consistentemente considerada a principal dificuldade do apoio matricial. No entanto, tal dificuldade era descrita, na grande maioria das vezes, como decorrente da pressão assistencial excessiva; frente a uma consulta necessariamente mais longa, para treinamento de raciocínios e procedimentos. Além de dividir a atenção dos profissionais e impor estresse emocional e logístico, a pressão assistencial reduzia o tempo disponível para aprofundar as discussões. Destacou-se a necessidade de um tempo protegido para o apoio matricial, ao menos por um período, pelo potencial benefício sobre a demanda em longo prazo.

Outras questões foram apontadas. A disponibilidade de apenas meio turno semanal para cada unidade foi sentida como importante dificuldade. O longo tempo necessário para adquirir confiança em alguns procedimentos, e a perda de confiança após período sem prática contínua, foram destacados como limitantes à continuidade da prática destes procedimentos. O excesso de atribuições dos preceptores, e a opção por permanecerem em retaguarda dos residentes em detrimento do próprio treinamento, foram relatados como parcialmente afastando a categoria do apoio matricial, apesar da posição privilegiada para multiplicá-lo. A falta de uma gestão eficiente de casos foi lembrada como limitante a priorizações. Na ESF, a gestão de casos da população adstrita (ou micro-gerência) é preconizada como uma tarefa fundamental de toda a eSF, permitindo a avaliação, reflexão e adaptação do processo de trabalho. (BRASIL 2006, BRASIL 2012). Alternativamente, alguns modelos de atenção à saúde atribuem a função de micro-gerência a um membro específico da equipe de saúde, que

contacta pacientes em atraso ou prioritários, protegendo a continuidade do cuidado (GILLIES, 2015).

A micro-gerência possibilita a lembrança regular dos casos mais complexos, em suas vidas e contextos, favorecendo per si o cuidado, e acrescentando às planilhas numéricas perspectivas humanas que um profissional não diretamente envolvido com o cuidado seria incapaz de trazer. Para a micro-gerência, interessa saber não só quantos estão em atraso ou evoluindo mal, mas quem são, onde estão, por quê, o que é possível fazer, quando for possível fazer. É também útil aos pacientes em consulta, com ou sem agendamento prévio; por disponibilizar ao profissional dados de contexto e de seus familiares (como possíveis pendências) que facilitam a abordagem e vínculo do próprio paciente. A ênfase em pessoas e contextos diferencia a micro-gerência da média-gerência, referente à gestão da unidade de saúde (FRANCO, 2011) e da macro-gerência, referente à gestão dos distritos sanitários, municípios ou estados; pelo necessariamente progressivo enfoque destas em percentagens e visões globais.

A ‘gestão de listas’ foi comentada como uma tarefa em que o profissional NASF poderia auxiliar a equipe, entendida como uma ‘micro-gerência’ dentro de sua especificidade. Em contraste, à equipe interessa focar sua atenção em todos os moradores, atribuindo-lhes (e às suas famílias) priorização que conjugue urgência, gravidade, vulnerabilidade e resiliência, em parte a partir de percepções subjetivas e/ou semi-objetivas dos profissionais da equipe, registráveis numericamente (como, por exemplo, via instrumento DUSOI-WONCA; vide WONCA, 2009), e em parte de dados das várias listas de temas clínicos (como, por exemplo, dos programas prioritários: saúde da mulher, do homem, da criança, do idoso, saúde mental, doenças infecciosas crônicas... ou, no caso, de pacientes em ‘dor que não melhora’). O registro numérico de uma prioridade semi-objetiva percebida pelos membros da equipe a pacientes prioritários não apenas facilita sua conjugação à prioridade global de cada paciente (de modo automático, se por planilhas interligadas), e daí à de famílias e regiões, na lista única de moradores, mas também é instrumental à discussão e homogeneização de visões dentro da eSF (CORREIA, 2012). Infelizmente, o pouco tempo disponível para tantas unidades desviou o apoiador matricial da tarefa de ‘gestão de listas’, como também a pressão assistencial usualmente desviava os profissionais da APS da tarefa de micro-gerência.

Os entrevistados não chegaram a comentar da disponibilidade (e ênfase de disponibilidade) do apoio matricial a visitas domiciliares (VDs). Um dos motivos, obviamente, é que foram poucas, ainda que ricas. VDs requerem que o ‘tempo’ do que seriam vários atendimentos em um consultório seja investido no ‘trajeto’; fora o fato de que são, até

por serem poucas (frente à população), e priorizadas a pacientes complexos restritos a domicílio, usualmente mais longas. Comentou-se, quanto à contextualização histórica, da importância e comum redirecionamento dos horários destinados a VDs pela pressão assistencial. Ressalte-se, no entanto, que, para além do acesso que geram, as VDs permitem olhares e imersões (e, daí, entendimentos, vínculos, e soluções criativas) impossíveis no consultório, sendo insubstituíveis no trabalho em APS.

Não foi mencionado, nas entrevistas, o trabalho do apoiador matricial na interlocução com os demais níveis da RAS, conforme necessidades locais; em parte, por terem gerado grande potencial, mas ainda poucos frutos, durante o período do apoio matricial. Para o autor, no entanto, foram e são uma oportunidade importante. A maior efetividade do trabalho na APS na AP 2.2. viabilizou, à época, a contra-referência espontânea de pelo menos um caso, emblemático, do hospital universitário à APS; não por estar suficientemente controlado, mas pelo entendimento de que o vínculo e acompanhamento conjunto com a APS, que tinha se perdido, teria contribuição importante naquele caso. É possível que a presença do apoio matricial tenha contribuído para a segurança desta contra-referência, e de outras que se seguiriam. A participação de especialistas de várias unidades da RAS nas reuniões do NASF, para discussão de temas e fluxos, e o contato construído pelo apoiador matricial com gerências e outros profissionais da RAS, em sua função de intermediação, poderiam em um futuro próximo ter facilitado outros cuidados colaborativos.

Reconhecemos em nosso estudo algumas limitações.

Por se tratar de um estudo exploratório sobre a experiência de matriciamento em Dor, as entrevistas foram aplicadas pelo próprio apoiador matricial. Isto pode ter inibido profissionais de tecerem colocações negativas a respeito do apoio matricial (viés de informação); ou a participarem das entrevistas (viés de seleção). Por outro lado, várias críticas construtivas de fato surgiram, estando os participantes em geral acostumados a valorizar, receber, e executar feedbacks formativos, e discutir dificuldades e opções no dia-a-dia, o que pode ter minorado este efeito. Além disto, a participação do apoiador matricial como interlocutor das entrevistas permitiu esclarecimento rápido de pontos, e indagações complementares frente a falas interessantes ou dúbias, que possivelmente passariam em branco por um profissional com menos vivência do que foi a experiência, embora bem treinado em entrevistas.

Os dados a respeito de pacientes, consultas, e profissionais, foram retirados de uma planilha preenchida no corrido dia-a-dia da prática; o que pode ter contribuído para omissões e subnotificações na captura dos dados.

Os entrevistados foram escolhidos justamente dentre os que mais utilizavam o apoio matricial, o que certamente tende a selecionar um grupo mais engajado, e provavelmente mais sensível às qualidades da iniciativa que às suas deficiências. No entanto, por ser uma iniciativa nova, é importante que, em primeira aproximação, se priorizem aqueles que tenham tido com a iniciativa suficiente contato para entendê-la e criticá-la com propriedade.

Há outras questões, concernentes ao estudo, que valem a pena destacar. Importa esclarecer como ele pode ser útil, e o que ele não intencionou avaliar.

Como as entrevistas foram realizadas cerca de três anos após o término do apoio matricial, a tendência de indivíduos terem suas recordações de acontecimentos passados afetadas pela exposição a eventos presentes deve ser reconhecida. No entanto, o objetivo de nosso trabalho foi conhecer as percepções, não as realidades. O que seria em outros estudos considerado um problema ('viés' de memória), em nosso caso apenas caracteriza o que de fato queremos avaliar.

Nosso estudo não intencionou avaliar uma estratégia de treinamento em Dor específica; ou a plausibilidade e adequação das estratégias propostas; para o que seria necessário um número suficientemente grande de apoiadores matriciais homogeneamente capacitados, profissionais apoiados, e interconsultas realizadas, em condições aproximadamente estáveis de pessoal, processos, e estrutura, de modo que o treinamento fosse – plausivelmente – a única variável relevante. Ao contrário, o estudo baseou-se em um único apoiador matricial, um pequeno número de profissionais, um número reduzido de consultas (ao menos, registradas), durante mudanças históricas, regionais, e pessoais (expansão de equipes, redefinição de áreas adstritas, fechamento de unidades, mobilização de profissionais, e momentos pessoais de vida), simultâneas e heterogêneas.

Coerentemente, não se tentou analisar diretamente o conhecimento, habilidade, postura, competência ou desempenho adquiridos pelos envolvidos; ou a efetividade das abordagens; ou a decorrente racionalização de recursos. A característica retroativa e limitada dos dados e o grande número de variáveis envolvidas impossibilitam uma análise segura, ou a extrapolação dos resultados para qualquer outra realidade. Para tanto, seria necessário um ambiente controlado e um desenho prospectivo.

Os pontos fortes do estudo, a nosso ver, foram (a) sua proposta de descrever, contextualizar, e analisar qualitativamente uma experiência relevante, multifacetada, e inovadora; e (b) frente a um contexto de vida real, em intensa transição, mais próximo de outros contextos de vida real que os ambientes controlados de pesquisa; (c) procurando

levantar insights que possam estimular boas perguntas, melhores iniciativas, melhores pesquisas, e talvez melhores respostas.

CONCLUSÕES

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) estão geográfica e epistemologicamente bem posicionados para (a) acompanhamento de pessoas com afecções frequentes; (b) identificação, primeira abordagem, e encaminhamento precoce de pessoas em quadro urgente, grave, incomum, ou complexo do ponto de vista biomédico, que se beneficiem de intervenção, parecer ou acompanhamento paralelo em outro ponto da rede de atenção à saúde (RAS); e (c) apoio longitudinal local e coordenação do cuidado ofertado pelos demais pontos da RAS; por sua imersão no território e cultura da respectiva população adstrita, e seus focos, objetivos e tecnologias de cuidado que favorecem a contextualização, o empoderamento, e o trabalho em rede.

Dor é reconhecidamente um tema importante, complexo, e mal abordado na APS. Existem, entretanto, várias barreiras à qualificação dos profissionais da APS na abordagem de pessoas em dor. Visando contribuir ao entendimento destas potencialidades e barreiras, procedeu-se a um estudo qualitativo sobre a percepção de preceptores e residentes em medicina de família e comunidade participantes de uma experiência de apoio matricial em Dor por um profissional NASF, ao mesmo tempo reumatologista e MFC, no contexto da expansão da APS no Rio de Janeiro. O estudo se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas cerca de três anos após a interrupção do apoio matricial, e analisadas pelo método hermenêutico-dialético.

Foram destacadas percepções sobre fragilidades e potencialidades na abordagem de pessoas em dor na APS; as realizações e limitações da experiência de apoio matricial através do NASF; a disseminação das discussões e multiplicação de treinamentos já ocorridos, influenciados pelo matriciamento; e as potencialidades e barreiras para reprodução de experiências semelhantes em outros contextos.

O matriciamento foi considerado instrumentalmente útil por todos os entrevistados, e transformador de prática pela maioria. Em particular, os entrevistados destacaram a importância do raciocínio sindrômico, focado na história e exame físico, antes ou ao invés da indicação de exames complementares; do uso de procedimentos diagnóstico- terapêuticos ambulatoriais de pronta resposta, particularmente os voltados à dor miofascial, como apoio ao raciocínio clínico e empoderamento do paciente; e da abordagem biopsicossocial; como ferramentas efetivas ainda hoje, em suas práticas, na de seus colegas, e na de profissionais que orientam. Estas ferramentas foram entendidas como adequadas a todas as categorias

profissionais da APS, se adaptadas conforme formação; favorecendo o trabalho em equipe e o empoderamento do paciente.

Os entrevistados destacaram as vantagens e necessidade do treinamento dos profissionais da APS em Dor voltado à sua realidade, formação, paradigmas, e atribuições; preferencialmente, em modelo predominante de interconsulta presencial, apoiado por teleconsultoria; por médicos capacitados em Dor e Andragogia, com interesse especial em APS; incluindo, talvez vantajosamente, médicos de família e comunidade (MFCs), com a devida capacitação. Por outro lado, destacaram a importância de apoio político à APS e ao treinamento em Dor, a ser buscado por divulgação de experiências semelhantes e por pesquisas de impacto direto e indireto no uso racional de recursos humanos e financeiros. Este trabalho espera acrescentar insights ao esforço de iniciativas regionais, nacionais e internacionais na construção coletiva e transdisciplinar de melhores abordagens às pessoas em dor na APS e na RAS como um todo; incluindo pesquisas na área de Dor na APS, que explorem de modo mais detalhado as percepções apresentadas.

REFERÊNCIAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS**. Saúde Debate / Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 406-430, 2018.

AGCA, R.; HESLINGA, S.C.; ROLLEFSTAD, S.; et al. **EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update**. Ann Rheum Dis., v. 76, n.1, p. 17-28, 2017.

AKESSON, K.; DREINHOFER, K.E.; WOOLF, A.D. **Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors**. Bulletin of the World Health Organization; v. 81, n. 9, p. 677–83, 2003.

<https://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Akesson20903.pdf>

ALVES, P. B. **Procura por assistência à saúde em Pronto Atendimento de uma região ampliada de saúde**. 2014. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

AMBROSE, K.R.; GOLIGHTLY, Y.M. **Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when**. Best Pract Res ClinRheumatol., v.29, n.1, p. 120-30, 2015

ANDERSON MIP, RODRIGUES RD. **Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas**. Rev bras med fam comunidade. 2011; 6(18): 19-20.

www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/246

ANDERSON MIP, RODRIGUES RD. **Consultas terapêuticas, linguagem, narrativa e resiliência: fortalecendo a prática clínica da integralidade do médico e da medicina de família e comunidade**. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C; Dias, L.C.; Org. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ARCHER, J.; BOWER, P.; GILBODY, S. **Collaborative care for depression and anxiety problems**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10.

AUSTRALIA. Department of Health. National Strategic Action Plan for Pain Management. 2019.

<https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-action-plan-11-06-2019-wfflaefbxbd.pdf>

BABATUNDE, O.O.; JORDAN, J.L.; VAN DER WINDT D.A.; et al. **Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence**. PLoS One.V. 12, n.6, p.e0178621, 2017.

BAKER, M.; COLLETT, B.; FISCHER, A.; et al. Pain Proposal: Improving the Current and Future Management of Chronic Pain – A European Consensus Report. Pfizer; Brussels, 2010.

https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf

BALLANTINE JC. Opioids for the Treatment of Chronic Pain: Mistakes Made, Lessons Learned, and Future Directions. *Anesth Analg.* 125(5):1769-1778. 2017.

BARROS, M.B.A. **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil: PNAD: 2003- 2008.** *Ciêns Saúde Colet.*, v.16, n.9, p. 3755–68, 2011.

BECKER, A. **Health economics of interdisciplinary rehabilitation for chronic pain:** does it support or invalidate the outcomes research of these programs? *Curr Pain Headache Rep.*, v. 16, n. 2, p. 127-32, 2012.

BENNETT, M.I.; EISENBERG, E.; AHMEDZAI, S.H.; et al. **Standards for the management of cancer-related pain across Europe:** A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain*; v. 23, n. 4, p. 660-668, 2019.

BERGMAN, A.A.; MATTHIAS, M.S.; COFFING, J.M.; KREBS, E.E. **Contrasting tensions between patients and PCPs in chronic pain management:** a qualitative study. *Pain Med.*; v.14, n.11, p.1689-1697, 2013.

BERQUIN, A.; GRISART, J. **To prescribe or not to prescribe...** (in chronic pain... and elsewhere...)? *Ann PhysRehabil Med.*, v. 54, n. 8, p.465-77, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** 2006a.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. *Textos Básicos de Saúde.* 2006b.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27, 2009a.

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** *Série Pactos pela Saúde* 2006; v. 9. 2009b.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 52-53, 2010.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 2011.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudeamental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012a.

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. **Dor Crônica**: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. 2012b.

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II, 2012c.

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

BRASIL. Lei nº 12.871/2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, v. 1, 2014.

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>

BRASIL. CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.149/2016. **Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades**. Diário Oficial da União, Seção I, p. 99, de 03 de agosto de 2016a.

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reumatologia e Ortopedia** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3), 2016b.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/Protocolos_AB_vol3_reumatologia_ortopedia

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, v. 183, Seção 1, p. 67–76, 2017.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017.** Diário Oficial da União, v. 38, Seção 1, p. 85–90, 2018a.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. 2018b.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

BRASIL. Medida Provisória nº 890/2019. **Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.** Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de agosto de 2019.

BREIVIK H, EISENBERG E, O'BRIEN T; OPENMINDS. **The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care.** BMC Public Health. V. 24, n. 13, p.1229, 2013.

BRIGGS, A.M.; JORDAN, J.E.; JENNINGS, M., et al: **A Framework to Evaluate Musculoskeletal Models of Care.** Cornwall, UK: Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade. 2016a.

https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0020/338141/Framework-to-Evaluate-Musculoskeletal-MoC.pdf

BRIGGS, A.M.; CROSS, M.J., HOY, D.G.; et al. **Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health.** Gerontologist, v. 56 Suppl 2, p. S243-55, 2016b.

BROWN, T.V.; UNDERWOOD, M.; MOHAMED, N.; et al. **Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 5.n. CD007495, 2016.

BROZEK, W.; REICHARDT, B.; ZWERINA, J.; et al. **Antiresorptive therapy and risk of mortality and refracture in osteoporosis-related hip fracture: a nationwide study.** Osteoporosis Int., v. 27, n. 1, p. 387-96, 2016.

BUCH, F.W.P. **Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.** 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BURNS, J.W.; POST, K.M.; SMITH, D.A.; et al. **Spouse criticism and hostility during marital interaction: effects on pain intensity and behaviors among individuals with chronic low back pain.** Pain, v. 159, n. 1, p. 25-32, 2018.

BURGERS, L.E.; SILJEHULT, F.; TEN BRINCK, R.M.; et al. **Validation of the EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis.** *Rheumatology (Oxford)*, v. 56, n. 12, p.2123-2128, 2017.

CABRAL, D.M.C.; BRACHER, E.S.B.; DEPINTOR, J.D.P.; et al. **Chronic Pain, Prevalence and Associated Factors in a Segment of the Population of Sao Paulo City.** *The Journal of Pain*, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014.

CALDERS, P.; VAN GINCKEL, A. **Presence of comorbidities and prognosis of clinical symptoms in knee and/or hip osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis.** *Semin Arthritis Rheum.*, v. 47, n. 6, p. 805-813, 2018.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CANADA. Health Canada. Canadian Pain Task Force. **Chronic Pain in Canada: Laying a Foundation for Action.** 2019.

<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2019/canadian-pain-task-force-june-2019-report-en.pdf>

CASTRO, C.P. **Análise da estratégia de apoio matricial no SUS Campinas /** Cristiane Pereira de Castro. – Campinas, SP: [s.n.], 2015. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

CATALANO, A.; MARTINO, G.; MORABITO, N.; et al. **Pain in Osteoporosis: From Pathophysiology to Therapeutic Approach.** *Drugs Aging*, v. 34, n. 10, p.755-765, 2017.

CHEHADE, M.J.; GILL, T.K.; KOPANSKY-GILES, D.; et al. **Building multidisciplinary health workforce capacity to support the implementation of integrated, people-centred Models of Care for musculoskeletal health.** *Best Pract Res ClinRheumatol.*, v.30, n. 3, p. 559-584, 2016.

CHELIMSKY, T.C.; FISCHER, R.L.; LEVIN, J.B.; et al. **The primary practice physician program for chronic pain (© 4PCP): outcomes of a primary physician-pain specialist collaboration for community-based training and support.** *Clin J Pain*, vol. 29 n. 12, p. 1036-43, 2013.

CHOPRA, A. **The COPCORD world of musculoskeletal pain and arthritis.** *Rheumatology (Oxford)*, v. 52, n. 11, p. 1925-8, 2013.

CLAUW, DJ. **Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s).** *Best Pract Res Clin Rheumatol.*, v. 29, n. 1, p. 6-19, 2015.

CORREIA, M.P.V. **Projeto de Construção de Protocolo de Abordagem de Dor Mecânica para (e por) Médicos de Família: Projeto para Dor Mecânica.** 2012.

<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Projeto-de-Construção-de-Protocolo-de-Abordagem-de-Dor-Mecânica-para-e-por-Médicos-de-Família.pdf>

CORREIA, M.P.V. **Abordagem da dor mecânica na atenção primária à saúde**. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Augusto, D.K., Umpierre, R.N.; organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 27-80. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

CORSON, K.; DOAK, M.N.; DENNESON, L.; et al. **Primary Care Clinician Adherence to Guidelines for the Management of Chronic Musculoskeletal Pain**: Results from the Study of the Effectiveness of a Collaborative Approach to Pain. *Pain Medicine*, v. 12, p. 1490–1501, 2011.

COUSINS, M.J., BRYDON, L. **Unrelieved pain**: are we making progress? Shared education for general practitioners and specialists is the best way forward. *Med J Aust.*, v. 201, n. 7, p. 379-80, 2014.

CUETO M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. *Am J Public Health*, v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004

CUMMINGS, S.R.; LUI, L.Y.; EASTELL, R.; ALLEN, I.E. **Association Between Drug Treatments for Patients With Osteoporosis and Overall Mortality Rates: A Meta-analysis**. *JAMA Intern Med.*, v. 179, n.11, p. 1491-1500, 2019.

DAHAN, A.; VAN VELZEN, M.; NIESTERS, M. **Comorbidities and the complexities of chronic pain**. *Anesthesiology*, v. 121, n. 4, p. 675-7, 2014.

DA SILVA JUNIOR, A.A.; KRYMCHANTOWSKI, A.V.; GOMES, J.B.; et al. **Temporomandibular disorders and chronic daily headaches in the community and in specialty care**. *Headache*, v. 53, n. 8, p. 1350-5, 2013.

DAVY, C., BLEASEL, J., LIU, H.; et al. **Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review**. *BMC Health Serv Res.*, v. 10, v. 15, p. 194-204, 2015.

De CASTRO, M.M.; OLIVEIRA, S.S. **Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro**: uma abordagem em saúde do trabalhador. *Saúde Debate*. v.. 41, n. especial, p. 152-164, 2017.

De RUDDERE, L.; CRAIG, K..D. **Understanding stigma and chronic pain**: A state-of-the-art review. *Pain* , v.157, n.8, p. 1607-10, 2016.

DONNELLY, J.M. ed. **Travell, Simons & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual**. 3rd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2019.

DOWELL D, HAEGERICH TM, CHOU R. **CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain**: United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 65(1):1–49 , 2016.

DUSSAULT, G.; KAWAR, R.; CASTRO LOPES, S., et al. **Building the primary health care workforce of the 21st century - Background paper to the Global Conference on**

Primary Health Care: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018.

https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf?sfvrsn=487cec19_2

EC – European Community. European Commission. Directorate - General for Communication. **Health in the European Union: Special Eurobarometer Report 272e / Wave 66.2 – TNS Opinion and Social.** 2007a.

http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf

EC – European Community. European Commission. Directorate - General for Health and Consumers. **Task Force on Major and Chronic Diseases Report.** 2007b.

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf

EC – European Community. European Commission. Eumusk.net Project. **Musculoskeletal Health in Europe: Report v5.0.** 2013.

<http://eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf>

ENGLAND. National Health Services. Essence of Care 2010: Benchmarks for the fundamental aspects of care. **Benchmarks for the Prevention and Management of Pain.** 2010.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216698/dh_119977.pdf

ERNSTZEN, D.V.; LOUW, Q.A.; HILLIER, S.L. **Clinical practice guidelines for the management of chronic musculoskeletal pain in primary healthcare:** a systematic review. *Implementation Science*, v. 12, n.1, p. 1-13, 2017.

FIGUEIREDO, M.C.O. **Discutindo a proposta de apoio matricial nos núcleos de apoio a saúde da família/** Maria Clara de Oliveira Figueiredo. - Natal, RN, 2014. 113f. :il. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

FISCHER, A.A. **New Injection Techniques for Treatment of Musculoskeletal Pain.** In: RACHLIN ES, RACHLIN I, editors. *Myofascial Pain and Fibromyalgia – Trigger Point management.* 2nd Ed. Missouri: Mosby; 2002.

FOGELMAN, Y.; CARMELI, E.; MINERBI, A.; et al. **Specialized Pain Clinics in Primary Care: Common Diagnoses, Referral Patterns and Clinical Outcomes - Novel Pain Management Model.** *Adv Exp Med Biol* v.1047, p. 89-98, 2018.

FORTIN VI, A.H.; DWAMENA, F.C.; FRANKEL R.M., et al. **Symptom-Defining Skills.** In: *Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*, 3e, Chapter 4. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.

FOSTER, N.E.; DZIEDZIC K.S.; VAN DER WINDT D.A.W.M.; FRITZ J.M.; HAY E.M. **Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations.** BMC Musculoskeletal Disorders; v.10; n.3; 2009.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-10-3.pdf>

FOSTER, Z.J.; VOSS, T.T.; HATCH, J.; et al. **Corticosteroid Injections for Common Musculoskeletal Conditions.** Am Fam Physician, v. 92, n. 8, p. 694-9, 2015.

FREDERICO, D.F. **Apoio Matricial à Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: trabalho vivo e questões bioéticas.** Niterói, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Niterói, 2016.

FRANCO, C.M; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** ENSP, 2011.

FREITAS, Fernanda Pereira de Paula. **Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.** 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

GARRY, J. **Is Osteoarthritis a Deadly Disease?** Int Phys Med Rehab J., v. 3, n. 1, p. 64-65, 2018.

GASKIN D.J.; RICHARD, P. **The economic costs of pain in the United States.** J Pain, v.13, n.8, p.715-24, 2012.

GBD – Global Burden of Disease 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.** Lancet, v. 392, p. 1789–858, 2017.

GILLIES, D.; BUYKX, P.; PARKER, A.G.; HETRICK, S.E. **Consultation liaison in primary care for people with mental disorders.** Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007193.pub2/epdf/full>

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cad. Saúde Pública, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008.

GOLDBERG, DS. **Pain, objectivity and history: understanding pain stigma.** Med Humanit., v.43, n.4, p. 238-243, 2017.

GRABER, M.A.; DACHS, R.; DARBY-STEWART, A. **Clinical Significance of Meniscal Damage on Knee MRI.** Am Fam Physician, v.83, n. 10, p. 1160-1162, 2011.

GREY, A.; BOLLAND, M.J. **The effect of treatments for osteoporosis on mortality.** Osteoporos Int., v. 24, p.1–6, 2013.

GUSSO, G.D.F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária**: 2a edição (CIAP-2). Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Clínica Médica. São Paulo, 2009.

HARZHEIM, E. LIMA, K.M., HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. PortoAlegre, RS:OPAS, 2013.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI M. **Promoção à Saúde**: Trajetória Histórica de suas Concepções. Texto Contexto Enferm, v. 15, n.2, p.52-8, 2006.

HEYRMAN, J. **EURACT Educational Agenda of General Practice / Family Medicine**. EURACT - European Academy of Teachers in General Practice. 2005.

<http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euract-educationalagenda.pdf>

HOCHBERG, MC. **Mortality in osteoarthritis**. ClinExpRheumatol, v. 2, Suppl. 51, p. S120-S124. 2008.

HOY, D.; GEERE, J.A.; DAVATCHI, F; et al. **A time for action**: Opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low- and middle-income countries. Best Pract Res Clin Rheumatol., v. 28, n. 3, p. 377-93, 2014a.

HUAS, D.; POUCHAIN, D.; GAY, B. et al. French College Of Teachers In General Practice. **Assessing chronic pain in general practice**: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. Eur J Gen Pract., v.12, n. 2, p. 52-7, 2006.

IASP – International Association for the Study of Pain, and EFIC - European Federation of IASP chapters. **Declaration on Chronic Pain as a major Healthcare Problem, a disease in its own right**. 2004a.

<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/painasadisease.pdf>

IASP – International Association for the Study of Pain. **The Relief of Pain should be a human right**. (documento eletrônico). 2004b.

<https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/RighttoPainRelief>

IASP – International Association for the Study of Pain. KOPF, A.; PATEL, N.B., Ed. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. 2010.

<http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>

IASP – International Association for the Study of Pain. **Desirable Characteristics of National Pain Strategies**: Recommendations by the International Association for the Study of Pain. 2011.

<https://www.iasp-pain.org/DCNPS?navItemNumber=655>

IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. **Classification of Chronic Pain**. 2nd Edition, updated. 2017a.

<https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>

IASP – International Association for the Study of Pain. Global Year Against Musculoskeletal Pain: october 2009-october 2010. **Interdisciplinary Approaches in the Management of Musculoskeletal Pain**. Updated. 2017b.

<https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20092010MusculoskeletalPain/5.%20Interdisciplinary%20Approaches%20in%20Management%20of%20Musculoskeletal%20Pain%20Fact%20Sheet%20Revised%202017.pdf>

IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on IASP Pain Curricula Outline. **Interprofessional Pain Curriculum Outline**. 2018.

<https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2057>

IASP – International Association for the Study of Pain. **IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment**. 2019.

<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>

ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. **Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain**. 6th Ed. 2013.

http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/33266/6201476_353278.pdf

ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. **Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management**. 2017.

https://www.icsi.org/_asset/f8rj09/Pain.pdf

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. **Country profile: Brazil**. 2017.

<http://www.healthdata.org/brazil?language=129>

IMAMURA, M.; IMAMURA, S.T. **Síndrome Dolorosa Miofascial**. In: Lopes, A.C. (Org.) Tratado de Clínica Médica. 2a Ed. Ed Rocca. Capítulo 133; p. 1673-2; 2009.

IMAMURA, M.; IMAMURA, S.T.; TARGINO, R.A.; QUEZADA, L.M.; et al. **Paraspinous Lidocaine Injection for Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial**. J Pain.; v.17; n.5; p. 569–576; 2016.

IVBIJARO, G.O.; ENUM, Y.; ANWAR ALI KHAN, A.A.; LAM, S.S.; GABZDYL, A. **Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions**. Curr Psychiatry Rep; v.16, n.506, p.1-12; 2014.

JANSSENS, H.J.; JANSSEN, M.; van de LISDONK, E.H.; et al. **Limited validity of the American College of Rheumatology criteria for classifying patients with gout in primary care.** *Ann RheumDis.*, v. 69, n. 6, p. 1255-1256, 2010.

JORDAN, K.P.; SMITH, B.H.; et al. **Chronic pain in families:** a cross-sectional study of shared social, behavioral, and environmental influences. *Pain*, v. 159, n. 1, p. 41-47, 2018.

KRISTIANSOON, M.H.; BRORSSON, A.; WACHTLER, C.; TROEIN, M. **Pain, power and patience** – a narrative study of general practitioners' relations with chronic pain patients. *BMC Fam Pract.* v.15, n. 12, p. 31, 2011.

KUO, C.F.; GRAINGE, M.J.; ZHANG, W. et al. **Global epidemiology of gout:** prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol.*, v.11, n. 11, p. 649-62, 2015.

LATHAM, J.L.; MARTIN, S.N. **Infiltrative anesthesia in office practice.** *Am Fam Physician*, vol. 89, n. 12, p. 956-62, 2014.

LANDSBERG, G.A.P.; SAVASSI, L.C.M.; DE SOUSA, A.B et al. **Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária.** *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n. 11, p.3025-3036, 2012.

LAROWE, L.R.; DITRE, J.W. **Pain, nicotine, and tobacco smoking:** current state of the science. *Pain*. 2020. No prelo. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001874.

LIDDY, C.; DREISE, H.; GABOURY, H. **Frequency of in-office emergencies in primary care.** *Canadian Family Physician*, v.55, n. 10, p. 1004-1005, 2009.

MACKAY C, CANIZARES M, DAVIS AM, BADLEY EM. **Health Care Utilization for Musculoskeletal Disorders.** *Arthritis Care Res (Hoboken)*, v. 62, n. 2, p. 161-9, 2010.

MACFARLANE, G.J. **The epidemiology of chronic pain.** *Pain*, v. 157, n. 10, p. 2158–2159, 2016

MARQUES, C. D. L.; DUARTE A.L.B.P.; RANZOLIN A.; et al. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre Chikungunya.** Parte 1 – Diagnóstico. *Rev. Bras. Reumatol.*, v.57, supl.2, p.S421–S437, 2017.

MCKENNA, C.; BOJKE, L.; MANCA, A.; et al. **Shoulder acute pain in primary health care:** is retraining GPs effective? The SAPPHERE randomized trial: a cost-effectiveness analysis. *Rheumatology (Oxford)*, v. 48, n. 5, p. 558–63, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. 2ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, p.29-74, 2009.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva, v.17, n.3, p. 621-6, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** / Maria Cecília de Souza Minayo. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MUELLER, V. **O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da atenção primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário.** 2018. 99f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2018.

MICHELS, N., MAAGAARD, R., SCHERPBIER, N. **Educational Training Requirements for General Practice / Family Medicine specialist training.** EURACT - European Academy of Teachers in General Practice, 2018.

<http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf>

MORGAN, W.L. Jr.; ENGEL G.L. **The clinical approach to the patient.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1969 (apud HARDIN J.G. Rheumatic Pain. In: Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.1990)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK267/>

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. DE. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde debate; 42(116): 11-24, 2018.

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>

NSW - New South Wales. New South Wales Ministry of Health. **NSW Pain Management Plan 2012–2016.** New South Wales / Australia. 2012

<https://www.health.nsw.gov.au/PainManagement/Publications/government-response-taskforce-report.pdf>

O'DWYER, G.; GRAEVER, L.; BRITTO, F.A.; MENEZES, T.; KONDER, M.T. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cien Saude Colet; 24(12): 4555-4568, 2019.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4555.pdf>

OHTORI, S.; AKAZAWA, T.; MURATA, Y. et al. **Risedronate decreases bone resorption and improves low back pain in postmenopausal osteoporosis patients without vertebral fractures.** J Clin Neurosci, v.17, n.2, p.209-213, 2010.

OLIVEIRA, K.S. **Processo de trabalho do núcleo de apoio a saúde da família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado**. 2014. 148f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2014.

OORTWIJN, W.; NELISSEN, E.; ADAMINI, S.; et al. Social determinants state of the art reviews. **Health of people of working age** - Full Report. European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg. 2011.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde**. Washington, D.C., OPAS, 2012.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-improving-chronic-ill-2012-port.pdf>

PAOLUCCI, T.; SARACENI V.M.; PICCININI G. **Management of chronic pain in osteoporosis: challenges and solutions**. J Pain Res., v.1, n. 9, p. 177-86, 2016.

PARSONS, C.; CLYNES, M.; SYDDALL, H.; et al. **How well do radiographic, clinical and self-reported diagnoses of knee osteoarthritis agree?** Findings from the Hertfordshire cohort study. Springer Plus, v. 4, p. 177, 2015.

PEPPIN, J.F.; CHEATLE, M.D.; KIRSH, K.L.; MCCARBERG, B.H. **The complexity model: a novel approach to improve chronic pain care**. Pain Med, v.16, n.4, p.653-66, 2015.

PEREIRA, A.M.; VALIM, V.; ZANDONADE, E.; et al. **Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires**. Clin Rheumatol, v. 27, p.42-6, 2009.

PERROT, S.; COHEN, M.; BARKE, A.; et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. **The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain**. Pain, v. 160, n. 1, p. 77-82, 2019.

PFLUCK, N.C.D.; WARMLING, C.M. **Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da saúde da pessoa com deficiência**. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, p. 344-352, dez. 2017.

PIMENTEL, I.R.; COELHO, BC.; LIMA, J.C.; et al. **Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família**. Rev Bras Med Fam Com, v. 6, n. 20, p. 175-81, 2011.

PINHEIRO M.M.; CICONELLI R.M.; JACQUES N. de O.; et al. **The burden of osteoporosis in Brazil: regional data from fractures in adult men and women - the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS)**. Rev Bras Reumatol, v. 50, n. 2, p. 113-27, 2010a.

<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n2/v50n2a02.pdf>

PINHEIRO M.M.; REIS NETO E.T.; MACHADO F.S.; et al. **Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women**. Rev Saude Publica, v. 44, n. 3, p. 479-85, 2010b.

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/11.pdf>

POWELL, R.A.; DOWNING, J.; DDUNGU, H. et al. **Antecedentes de Dor e Avaliação da Dor**. In: Kopf, A.; Patel, N.B. Guia para Abordagem da Dor em Cenários com Poucos Recursos. IASP – International Association for the Study of Pain. 2010.

<http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>

RAFFAELI, W.; ARNAUDO, E. **Pain as a disease: an overview.** J Pain Res. v.21; n.10; p.2003-8; 2017.

<https://www.dovepress.com/pain-as-a-disease-an-overview-peer-reviewed-article-JPR>

RAO, D.; SCUDERI, G.; SCUDERI C; et al. **The Use of Imaging in Management of Patients with Low Back Pain.** J Clin Imaging Sci., v. 24, n. 8.P. 30-37, 2018.

RCGP - Royal College of General Practitioners. **RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement.** 2016.

<https://www.rcgp.org.uk/training-exams/training/gp-curriculum-overview/document-version.aspx>

REIS-NETO, E.T.; FERRAZ M.B.; KOWALSKI S.C. et al. **Prevalence of musculoskeletal symptoms in the five urban regions of Brazil: the Brazilian COPCORD study (BRAZCO).** Clin Rheumatol, v.35, p.1217–1223, 2016.

REIS, V. **A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro.** 2018.

<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>

RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. **Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Uerj e seu Programa de Residência: de 1976 a 2016, 40 anos de História.** Documento eletrônico. 2016.

www.dmifc.org/historico

RONCOLETTA, A.F.T. **Ecologia médica: uma reavaliação na realidade brasileira.** São Paulo, 2010. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Educação e Saúde. 2010.

ROSA, K.F. **Eficácia do bloqueio anestésico paraespinal em pacientes com dor pélvica crônica refratária ao tratamento medicamentoso: um ensaio clínico randomizado.** Dissertação (mestrado). Universidade federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas. 2013.

RUAN, X.; KAYEA, A.D. **A call for saving interdisciplinary pain management.** J Orthop Sports Phys Ther, v. 46, n. 12, p. 1021-1023, 2016.

SÁ K.N.; BAPTISTA AF; MATOS MA; et al. **Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil.** Pain, v.139, p. 498–506, 2008.

SAMPAIO, P.G.P.R.P. **Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros.** 53 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

SBED / Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. **Projeto Controle da Dor no Brasil: Brasil sem Dor.** 2003

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4971526/mod_resource/content/1/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Projeto%20Brasil%20sem%20dor%20SBED.pdf

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2015.

<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Currículo%20Baseado%20em%20Competencias.pdf>

SCHULPEN, G.J.C; VIERHOUT, W.P.M; VAN DER HEIJDE, D.M.; et al. **Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter?** Ann RheumDis, v.62, n. 2, p. 159-61, 2003.

SENN, E.R.; DE BARROS, A.L.; SILVA, E.O.; et al. **Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach**. J Rheumatol, v.31, p.594–7, 2004.

SEERS, A.T., DERRY S., SEERS, C.K., et al. **Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review**. Pain, vol. 159, n.5, p. 811–818, 2018.

SUPUTTITADA, A. **Myofascial pain syndrome and sensitization**. Phys Med Rehabil Res, v.1, n.5, p.1-4, 2016.

SHAH, J.P.; THAKER, N.; HEIMUR, J.; et al. **Myofascial Trigger Points Then and Now: A Historical and Scientific Perspective**. PMR, v.7, n.7, p.746-61, 2015.

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Control of pain in adults with cancer: A national clinical guideline**. Edinburgh: SIGN; 2008.

<https://www.sign.ac.uk/assets/sign106.pdf>

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Management of chronic pain**. Edinburgh: SIGN; 2013.

<https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>

SIMÕES, P.P.; GAMEIRO, F.; NUNES, P.C.; DA SILVA JÚNIOR, A.G.; et al. **Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família**. Revista HUPE, v.15, n.3, p.200-208, 2016.

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/download/29445/23241>

SIMONS, D.G, TRAVELL, J.G., SIMONS L.S. **Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual**. 2nd Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

SMITH, B.H., FORS E.A., KORWISI B., et al. **The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care**. Pain, v. 160, n. 1, p. 83–87, 2019.

SMITH, S.M.; COUSINS, G.; CLYNE, B. et al. **Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions**. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2, n. CD004910, 2017.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCA PS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.5, p.1327-1338, 2016.

STAMM, TA.; PIEBER, K.; BLASCHE, G.; DORNER, T.E. **Health care utilisation in subjects with osteoarthritis, chronic back pain and osteoporosis aged 65 years and more: mediating effects of limitations in activities of daily living, pain intensity and mental diseases.** *Wien Med Wochenschr.* v.164, n.7, p.160-166, 2014.

STANOS, S.; BRODSKY, M.; ARGOFF, C.; et al. **Rethinking chronic pain in a primary care setting.** *Postgrad Med.*, v. 128, n. 5, p. 502-15, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Título original: *PrimaryCare: balancing health needs, services, and technology.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, C.; REINECKE, H.; SORGATZ, H. **Opioid use in chronic noncancer pain: guidelines revisited.** *Curr Opin Anaesthesiol.* v. 23, n. 5, p.598-601; 2010.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20585244>

STERN, S.C.; CIFU, A.S.; ALTKORN, D; et al. **Diagnostic Process.** In: *Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide*, 3e New York, NY: McGraw-Hill; 2014.

STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** Título original: *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Second edition. Radcliffe Medical Press Ltd. 2003. [Traduzido para português por: Burmeister AT]. ArtmedEditora. 2010.

STOLWIJK, C; VAN ONNA, M.; BOONEN, A.; et al. **Global Prevalence of Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis.** *Arthritis Care Res (Hoboken)*, v. 68, n. 9, p. 1320-31, 2016.

SULLIVAN, M.D.; VOWLE, S K.E. **Patient action as means and end for chronic pain care.** *Pain*, v. 158, n.8, p. 1405–1407, 2017.

SUNDERJI, N.; GHAVAM-RASSOUL, A.; ION, A.; et al. **Driving improvements in the implementation of collaborative mental health care: A quality framework to guide measurement, improvement and research.** Toronto, Canada. 2016.

https://www.researchgate.net/publication/312539646_Driving_Improvements_in_the_Implementation_of_Collaborative_Mental_Health_Care_A_Quality_Framework_to_Guide_Measurement_Improvement_and_Research

TEUNIS, T.; LUBBERTS, B.; REILLY, BT.; et al. **A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age.** *J Shoulder Elbow Surg.*, v. 23, n. 12, p. 1913-1921, 2014.

TORRANCE, N.; SMITH B.H.; ELLIOTT, A.M.; et al. **Potential Pain Management Programmes in primary care: A UK-wide questionnaire and Delphi survey of experts.** *Fam Pract.*, v. 28, n.1, p.41-8, 2011.

TORRES J.L.; DA SILVA, S.L.A.; FERREIRA, F.R.; MENDES, L.P.S.; MACHADO, L.A. **Chronic pain is associated with increased health care use among community-dwelling older adults in Brazil: the Pain in the Elderly (PAINEL) Study.** *Fam Pract.*, v. 36, n.5, p.594-599, 2019.

TORRES, R.C.S.; MARQUES, K.S.; LEAL, K.N.R.; et al. **Main reasons for medical consultations in family healthcare units in the city of Recife, Brazil: a cross-sectional study.** *Sao Paulo Med J*, v.133, n.4, p. 367-70, 2015.

TORRES X.; OJEDA, B.; COLLADO, A.; et al. **Characterization of Burnout Among Spanish Family Physicians Treating Fibromyalgia Patients: The EPIFFAC Study.** *J Am Board Fam Med.*, v. 33, n.3, p. 386-396, 2020.

TREEDE, R.D.; RIEF, W.; BARKE, A.; et al. **Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11).** *Pain*, v. 160, n. 1, p.19-27, 2019.

TRINDADE, K.M.C.; SCHMITT, A.C.B.; CASAROTTO, R.A. **Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia.** *Fisioter Pesq*, v.20, n.3, p.228-234, 2013.

USA – United States of America. Institute of Medicine. **Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research.** Washington, DC: The National Academies Press. 2011.

www.nap.edu/catalog.php?record_id=13172

USA – United States of America. National Institutes of Health. The Interagency Pain Research Coordinating Committee (IPRCC). **National Pain Strategy: A Comprehensive Population Health-Level Strategy for Pain.** 2016.

https://iprcc.nih.gov/sites/default/files/HHSNational_Pain_Strategy_508C.pdf

USA – United States of America. National Institutes of Health. The Interagency Pain Research Coordinating Committee. **Federal pain research strategy.** 2018.

https://iprcc.nih.gov/sites/default/files/FPRS_Research_Recommendations_Final_508C.pdf

VALIM, V.; ZANDONADE, E.; PEREIRA, A.M.; de BRITO FILHO, O.H.; SERRANO, E.V.; MUSSO, C.; GIOVELLI, R.A.; CICONELLI, R.M. **Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil.** *Rev Bras Reumatol*, n.53, v.1, p.24–34, 2013.

VARGAS-SANTOS, A.B.; NEOGI, T.; DA ROCHA, GCP, KAPETANOVIC, M.C.; TURKIEWICZ, A. **Cause-Specific Mortality in Gout: Novel Findings of Elevated Risk of Non-Cardiovascular-Related Deaths.** *Arthritis Rheumatol*, n.71, v.11, p.1935-1942, 2019.

VERHAGEN, A.P.; DOWNIE, A; MAHER, C.G.; et al. **Most red flags for malignancy in low back pain guidelines lack empirical support: a systematic review.** *Pain*, v.158, n.10, p. 1860-1868. 2017.

VIERHOUT, W.P.; KNOTTNERUS, J.A.; VAN OOIJ, A.; et al. **Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders.** *Lancet*, v.346, n.8981, p.990-994, 1995.

VIEIRA, E.B.M.; Garcia, J.B.S.; Silva, A.A.M.; et al. **Dor crônica, fatores associados e influência na vida diária:** existe diferença entre os sexos? *Cad Saúde Pública*, v. 28, n. 8, p. 1459-1467, 2012.

WALES. Welsh Assembly Government. National Health Services. **Living with Persistent Pain in Wales.** 2019.

<https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-05/living-with-persistent-pain-in-wales.pdf>

WATSON J; HELLIWELL P.; MORTON V.; et al. **Shoulder acute pain in primary healthcare:** is retraining effective for GP principals? *SAPPHIRE – a randomized controlled trial.* *Rheumatology (Oxford)*, v. 47, n. 12; p. 1795–802, 2008.

WHO – World Health Association. **International Conference on Primary Health Care.** Alma-Ata, USSR. 1978.

https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

WHO – World Health Association. **First International Conference on Health Promotion. The Ottawa charter for health promotion.** Ottawa, Canada. 1986.

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO – World Health Association. **Scoping document for WHO treatment guidelines on chronic non-malignant pain in adults.** 2008.

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_non-malignant_pain_adults.pdf

WHO – World Health Association. **Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.** Astana, Kazakhstan, 2018a.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

WHO – World Health Organization. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care:** a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018b.

<http://www.who.int/iris/handle/10665/274559>

WHO – World Health Organization. **Technical Series on Primary Health Care. Why Palliative Care is an essential function of Primary Health Care.** 2018c.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>

WHO – World Health Organization. **Technical Series on Primary Health Care. Primary health care and health emergencies.** 2018d.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf>

WHO – World Health Organization. Technical Series on Primary Health Care. A vision for **Primary health care in the 21th century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals**. 2018e.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

WIERMANN, E.G.; DIZ, M.P.E.; CAPONERO, R.; et al. **Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer**. Revista Brasileira de Oncologia Clínica; v. 10, n. 38, p. 132-143; 2014.

WOLFE, F.; HASSETT, A.L; WALITT, B.; et al. **Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years**. Arthritis Care Res (Hoboken), v. 63, n. 1, p. 94-101, 2011.

WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Gusso, F.D.F. (Ed.). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)** / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA; 2. ed.; 2009.

<https://www.sbmfc.org.br/ciap-2/>

WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. GOODYEAR-SMITH, F. MASH, R., Ed. **International Perspectives on Primary Care Research**. 2016.

WONCA EUROPE – The European Society of General Practice / Family Medicine. **The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: The Role of the General Practitioner and a description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician**. Revisado. 2011.

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

YAMAGUCHI, M.A.V. **Apoio Matricial na atenção primária à saúde na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família**. Londrina, Paraná. 2014. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2014.

APÊNDICE A - Planilha eletrônica compartilhada

Tabela 1: Ilustração simulada da Planilha eletrônica compartilhada entre apoiador matricial e profissionais das eSFs

Data	Unidade de Saúde	Horário	Prontuário	Nome	Sexo	Data de Nascimento	Idade	Profissional que tem a dúvida	Anotações pelo Profissional eSF	Anotações pelo Profissional NASF: Consulta Presencial	Anotacoes pelo Profissional Nasf: Discussão de Caso
06-Jan-15	[Unidade 1]	13:00	[Grupo de pacientes 1]	[Pacientes 1,2, 3...]				[Profissionais 1,2, 3...]	[...]	[...]	
06-Jan-15	[Unidade 1]	13:40	[Pront 4]	[Paciente 4]	F	03-jun-75	39	[Profissional 4]	[...]	[...]	
06-Jan-15	[Unidade 1]	14:00	[Pront 5]	[Paciente 5]	M	11-jan-65	49	[Profissional 5]	[...]	Paciente faltou	[...]
06-Jan-15	Percurso entre unidades	14:20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06-Jan-15	[Unidade 2]	15:00	[Pront 6]	[Paciente 6]	F	28-dez-58	56	[Profissional 6]	[...]	[...]	
06-Jan-15	[Unidade 2]	15:40	[Pront 7]	[Paciente 7]	M	30-fev-92	22	[Profissional 7]	[...]	[...]	
06-Jan-15	[Unidade 2]	16:00	[Pront 8]	[Paciente 8]	F	10-jan-41	73	[Profissional 8]	[...]	[...]	
06-Jan-15	[Unidade 2]	16:20	[Reunião de Equipe]	[Pacientes 9,10, 11...]				[Profissionais 9,10, 11...]	[...]	[...]	

Nota: Idade calculada automaticamente, com base em Data e Data de nascimento.

Fonte: O autor, 2020.

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista

Roteiro para entrevista:

Nome:	
Local /Ano de graduação & de titulação:	
Tempo de APS ao início do apoio matricial:	
Formação em Dor ao início do apoio matricial:	
Período em que participou do apoio matricial:	
Funções durante apoio matricial (P/ R3/R2/R1):	
Unidades durante apoio matricial:	

(1) Dor na APS:

- Qual sua visão do tema “Dor em APS” antes e depois do apoio matricial?

(2) Experiência do Apoio Matricial em Dor na APS:

- Pontos positivos, pontos negativos, e eventuais sugestões

(3) Reprodução do Apoio Matricial em Dor na APS:

- Seria relevante a reprodução da experiência em outros contextos? Caso positivo, o que seria necessário para esta reprodução?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “Matriciamento em Dor na Atenção Primária à Saúde: análise de experiência”.

Os motivos que nos levam a esta pesquisa são a importância individual, familiar, e social da dor na experiência humana, e as barreiras e lacunas existentes para a qualificação dos profissionais dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) na abordagem de pessoas em dor. A pesquisa se justifica pela potencial contribuição de um Matriciamento em Dor no escopo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF) neste contexto. O objetivo da pesquisa é descrever e analisar uma experiência em matriciamento em Dor ocorrida no período de agosto de 2014 a julho de 2016 entre um profissional do NASF e os profissionais de equipes de Saúde da Família da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (AP 2.2). A coleta de informações será através de entrevistas com profissionais que, como você, participaram desta experiência de matriciamento em Dor como preceptor ou residente do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PRMFC-UERJ). Nestas entrevistas, cada profissional poderá falar livremente sobre sua visão acerca da experiência. As entrevistas serão gravadas, e depois estudadas em conjunto, por meio de técnicas próprias, mantendo as identidades dos participantes em sigilo profissional. As gravações e falas individuais serão utilizadas tão somente para este estudo. Locais e horários das entrevistas serão combinados individualmente com cada profissional a ser entrevistado.

Pode haver um desconforto para você em expor suas ideias e opiniões, mas sua participação contribuirá para a reflexão sobre pontos relevantes da experiência, e sobre outras futuras iniciativas em cuidados colaborativos para pessoas em dor na Atenção Primária em Saúde.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não lhe irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador

Data