UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VELAINI MARIA FABBRI ROMEO

**Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de
neurocirurgia de um município do interior de São Paulo:
aspectos facilitadores e dificultadores**

RIBEIRÃO PRETO

2017

VELAINI MARIA FABBRI ROMEO

Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: aspectos facilitadores e dificultadores

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento, Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Adriana Mafrá Brienza

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Romeo, Velaini Maria Fabbri

Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: aspectos facilitadores e dificultadores. Ribeirão Preto, 2017.

120 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Mafra Brienza

1. Dor lombar crônica. 2. Adesão terapêutica. 3. Integralidade.

ROMEO, Velaini Maria Fabbri

Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: aspectos facilitadores e dificultadores

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo, **Romeo**, companheiro, cúmplice, sempre pronto a me ouvir, por me fazer acreditar que sou capaz e grande incentivador desse estudo, meu “norte” no caminhar da vida.*

*Ao meu filho, **João Paulo**, minha força nos momentos de cansaço e dúvidas.*

*Ao meu pai, **Humberto** (in memoriam), presença constante em doces lembranças. Nunca deixou de acreditar em mim.*

*A minha mãe, **Vanilda**, pela compreensão nas minhas ausências e exemplo de amor incondicional.*

*Querida orientadora e amiga **Adriana Mafra***

Quero ser o teu amigo. Nem demais e nem de menos.

Nem tão longe e nem tão perto.

Na medida mais precisa que eu puder.

Mas amar-te sem medida e ficar na tua vida,

Da maneira mais discreta que eu souber.

Sem tirar-te a liberdade, sem jamais te sufocar.

Sem forçar tua vontade.

Sem falar, quando for hora de calar.

E sem calar, quando for hora de falar.

Nem ausente, nem presente por demais.

Simplesmente, calmamente, ser-te paz.

É bonito ser amigo, mas confesso é tão difícil aprender!

E por isso eu te suplico paciência.

Vou encher este teu rosto de lembranças,

Dá-me tempo, de acertar nossas distâncias...

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

À Deus por proporcionar-me incontáveis recomeços.

À Adriana, querida orientadora e amiga. Com você aprendi o real significado das palavras: generosidade, sabedoria, paciência, respeito, saber ouvir e saber cuidar!

Professora Doutora Maria José Bistafa Pereira, pelo afeto, e disponibilidade em colaborar no aprimoramento desse trabalho.

Professora Doutora Rita de Cássia M. Dalri, sempre pronta a colaborar com importantes orientações que enriqueceram esse trabalho. Ontem colegas de trabalho, hoje ajudou a concretizar um sonho.

Professora Doutora Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi e Professora Doutora Silvia Matumoto, coordenadoras do Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pela receptividade e disponibilidade em ajudar a aprimorar meus conhecimentos.

Às colegas da graduação e hoje, Professoras Doutoradas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP: Lucieli, Marta Angélica e Rosana Spadoti pelo afetuoso abraço de boas vindas e grande incentivo para cursar o mestrado.

Aos médicos do Centro Integrado de Neurocirurgia, Dr. João A. Assirati, Dr. Ricardo S. de Oliveira, Dr. Romeo, Dr. Vinícius M. Carneiro, Dr. Caio C. M. S. Matias e Dr. Marcelo Volpon Santos pelo apoio incondicional para realização desse estudo, pelo incentivo ao aprimoramento profissional, pelo reconhecimento e valorização da importância do enfermeiro inserido no contexto do trabalho.

Professora Doutora Suzana Munhoz que gentilmente colaborou com a tradução do nosso resumo para o espanhol.

Ao Vinícius secretário do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, pelas incontáveis orientações para inserção do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil.

A toda minha família, irmãos, cunhados(as) e sobrinhos, grandes apoiadores da minha trajetória profissional.

*À minha irmã **Valéria**, meu porto seguro.*

*Às cunhadas **Renata** e **Cristiane**, que ajudaram na compreensão e interpretação dos direitos trabalhistas.*

*À **Adriana** e **Eliana**, secretárias do CIN, pela paciência e disponibilidade em ajudar e acolher.*

*Aos **pacientes** do CIN, que generosamente compartilham comigo, reflexões, trocas de experiências, projetos de vida.*

*Ao **Joab**, pelo cuidado e apoio.*

*Ao **Ricardo**, funcionário da Universidade de São Paulo, pela competência e correção impecável das referências.*

***Velmara**, funcionária da Universidade de São Paulo, que formatou com competência e capricho esse trabalho.*

RESUMO

ROMEO, V. M. F. **Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: aspectos facilitadores e dificultadores**. 2017. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017

A dor lombar crônica é um importante problema de Saúde Pública. Profissionais de saúde que trabalham com doenças crônicas com frequência se deparam com as dificuldades que alguns pacientes apresentam em aderir aos tratamentos prescritos. Analisamos a adesão ao tratamento de pacientes com dor lombar crônica, em uma clínica de neurocirurgia do interior paulista e implementamos um guia de orientação que facilite a adesão ao tratamento da dor lombar crônica desses pacientes, demanda discutida com os gestores da clínica. A adesão terapêutica foi o referencial desse estudo. Utilizamos um método transversal e descritivo com abordagem qualitativa, e instrumento de coleta de dados, entrevista semiestruturada e fonte documental. Foram considerados sujeitos do estudo, todos os pacientes que procuraram atendimento na referida clínica de neurocirurgia com patologias da coluna vertebral, no período de seis meses (Fevereiro à Agosto) referente ao ano de 2017 com idade superior a 18 anos. Foram incluídos pacientes com diagnóstico médico de dor lombar crônica específica e inespecífica há pelo menos seis meses, com capacidade de expressão e comunicação preservados. A entrevista semiestruturada, abordou a compreensão dos pacientes quanto ao diagnóstico médico, ao tratamento e uma pergunta aberta para expressarem a percepção sobre a dor lombar no seu cotidiano. Para a análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo. Na caracterização dos sujeitos, encontramos 57,2% do sexo feminino, a faixa etária predominante 62% foi entre 40 a 59 anos. Estado civil, 66,7% casados, escolaridade 47,6% ensino superior completo, cor da pele auto referida, branca 90,5%. Quanto ao IMC prevaleceu sobrepeso com 42,9%, profissão 33,3% eram do lar, ocupação 38% estavam ativos e quanto ao tempo de dor, de 1 a 5 anos, 62% e 76,2% dos participantes do estudo não faziam atividade física. Consideramos que analisar o conceito de adesão e seus fatores multidimensionais facilitou compreender as diferentes formas de lidar com a DLC. Destacamos as redes de apoio (trabalho, família e amigos), o bom relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente promovendo uma compreensão sobre seu diagnóstico e tratamento. Importante promover o acolhimento, escuta qualificada para que o paciente se torne o sujeito ativo do seu tratamento e reabilitação. Para isto, a Integralidade do cuidado depende de um novo arranjo de práticas e conformações dos serviços de saúde que incluam a singularidade dos sujeitos. O estudo inicialmente pactuado e os resultados serão devolvidos para os gestores do local de estudo.

Palavras-chave: Dor lombar crônica. Adesão terapêutica. Integralidade.

ABSTRACT

ROMEO, V. M. F. Treatment of chronic low back pain in a neurosurgery clinic in a city in the inland of São Paulo state: facilitating and hindering aspects. 2017. 120 p. Dissertation (Professional Master's Degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

Chronic low back pain is an important Public Health problem. Health professionals working with chronic illnesses often deal with the difficulties some patients face in adhering to the prescribed treatments. We have Analyzed the adherence to the treatment of patients with chronic low back pain in a neurosurgery clinic in a city in the countryside of São Paulo state and developed a guideline that facilitates adherence to the treatment of chronic low back pain in these patients, a demand discussed with the clinic managers. Therapeutic adherence was the referential of this study. We used a transversal and descriptive method with qualitative approach, data collection instrument, semi-structured interview, and documentary source. The study subjects were all patients who sought care in the referred neurosurgery clinic with spinal pathologies, in the six-month from February to August, referring to the year 2017, aged over 18 years. We included patients with a specific and non-specific chronic low back pain medical diagnosis for at least six months, with preserved expression and communication capacity. The semi-structured interview addressed the patients' understanding of the medical diagnosis, the treatment and an open question to express the perception about low back pain in their daily life. The data were analysed using a content analysis method. In the characterization of the subjects, we found 57.2% of female patients; the predominant age group representing 62% was between 40 and 59 years old; 66.7% of patients were married; 47.6% had higher education; regarding skin color, 90.5% of the patients reported themselves as white; as for BMI, overweight was predominant with 42.9%, on occupation 33.3% developed home activities; 38% of the patients were active and 62% of them stated to have had pain for 1 to 5 years, and 76.2% of study participants did not practice any physical activity. We consider that analyzing the concept of adherence and its multidimensional factors makes it easier to understand the different ways of dealing with chronic low back pain. We highlight the support networks (work, family and friends), the good relationship between the health professional and the patient, promoting a good understanding of their diagnosis and treatment. To promote the acceptance, the extended listening so that the patient becomes the active subject of its treatment and rehabilitation. For this, the integrality of the care depends on a new arrangement of practices and conformations of the health services that include the singularity of the subjects. The study initially agreed and the results will be returned to the managers of the study site.

Keywords: Chronic low back pain, Therapeutic adherence, Integrality

RESUMEN

ROMEO, V. M. F. **Tratamiento de dolor lumbar crónico en una clínica de neurocirugía de un municipio del interior del estado de São Paulo: aspectos facilitadores y dificultadores.** 2017. 120 p. Disertación (Maestría Profesional) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

El dolor lumbar crónico (DLC) es un importante problema de salud pública. Los profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas a menudo se enfrentan con las dificultades que algunos pacientes presentan para seguir los tratamientos prescritos. El objetivo general de este estudio fue analizar la adherencia al tratamiento de pacientes con DLC en una clínica de neurocirugía en un municipio del interior paulista y elaborar una guía de orientación que facilite la adherencia al tratamiento del DLC de esos pacientes. El referencial teórico fue adherencia terapéutica. Método: estudio transversal y descriptivo con abordaje cualitativo, se utilizó como instrumento de recolección de datos, entrevista semiestructurada y fuente documental. Se consideraron sujetos del estudio, todos los pacientes que buscaban atención en la referida clínica de neurocirugía con patologías de la columna vertebral, en el período de febrero a agosto correspondiente al año 2017, edad superior a 18 años. Los criterios de inclusión definidos fueron: pacientes con diagnóstico médico de DLC específico e inespecífico por lo menos por seis meses, pacientes con capacidad de expresión y comunicación preservados. La entrevista semiestructurada, abordó la comprensión de los pacientes en cuanto al diagnóstico médico, al tratamiento y mediante una pregunta abierta fue posible expresar la percepción sobre el dolor lumbar en su cotidiano. Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis de Contenido. En la caracterización de los sujetos, encontramos el 57,2% del sexo femenino, el grupo de edad predominante 62% fue entre 40 a 59 años. Estado civil, 66,7% casados, 47,6% con ensino superior completo, 90,5% con cor da pele branca, autorreferida. En cuanto al IMC prevalece sobrepeso con 42,9%, 33,3% son amas de casa, 38% estaban activos laboralmente, 62% y 76,2% de los participantes del estudio no que hacían actividad física y en cuanto al tiempo de dolor varió de 1 a 5 años. Consideramos que analizar el concepto de adherencia y sus factores multidimensionales facilita comprender las diferentes formas de convivir con el DLC. Destacamos las redes de apoyo (trabajo, familia y amigos), la buena relación entre el profesional de la salud y el paciente promoviendo una buena comprensión sobre su diagnóstico y tratamiento. Promover la acogida, la escucha ampliada para que el paciente se convierta en el sujeto activo de su tratamiento y rehabilitación. Para ello, la Integralidad del cuidado depende de un nuevo arreglo de prácticas y conformaciones de los servicios de salud que incluyan la singularidad de los sujetos. El estudio pactado e y los resultados alcanzados deberán regresar a los directivos locales del estudio.

Palabras claves: Dolor lumbar crónico. Adherencia terapêutica. Integralidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição percentual, segundo o sexo dos participantes da pesquisa.....	53
Figura 2	Distribuição percentual, segundo a idade dos participantes da pesquisa.....	54
Figura 3	Distribuição percentual, segundo estado civil dos participantes da pesquisa.....	55
Figura 4	Distribuição percentual, segundo escolaridade dos participantes da pesquisa.....	56
Figura 5	Distribuição percentual, segundo cor da pele autoreferida pelos participantes da pesquisa.....	57
Figura 6	Distribuição percentual, segundo o índice de massa corporal (IMC) dos participantes da pesquisa.....	58
Figura 7	Distribuição percentual segundo as profissões dos participantes da pesquisa.....	60
Figura 8	Distribuição percentual segundo a ocupação dos participantes da pesquisa.....	62
Figura 9	Distribuição percentual segundo o tempo de existência de dor lombar nos participantes da pesquisa.....	63
Figura 10	Unidades Temáticas.....	66
Figura 11	Escada de tratamento adaptada da <i>World Health Organization</i> (1995).....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar, segundo as características sócio demográficas e clínicas.	52
Tabela 2	Classificação do Índice de Massa Corporal da <i>World Health Organization (WHO/OMS, 1995)</i>	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Anti-Inflamatório não Esteróide
AB	Atenção Básica
CIN	Centro Integrado de Neurocirurgia
DLC	Dor Lombar Crônica
DCNT	Doença Crônica não Transmissíveis
DATSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DORT	Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho
IASP	International Association for the Study of Pain
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCA	Medicina Complementar Alternativa
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NIC	Nursing Intervention Classification
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Política Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RPG	Reeducação Postural Global
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Da visão reducionista da atenção à saúde ao Sistema Único de Saúde e sua contribuição para a atenção integral.....	17
1.2	Dor.....	20
1.3	Dor lombar.....	24
1.4	Enfermeiro no atendimento da DLC.....	31
2.	REFERENCIAL TEÓRICO: ADEÇÃO TERAPÊUTICA.....	35
3.	OBJETIVOS.....	40
3.1	Objetivo Geral.....	41
3.2	Objetivos Específicos.....	41
4.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
4.1	Tipo de Estudo.....	43
4.2	Local do Estudo.....	44
4.3	Cenário do Estudo.....	44
4.4	Sujeitos do Estudo.....	45
4.5	Procedimentos de coleta.....	46
4.5.1	Instrumento para coleta de dados.....	46
4.5.2	Entrevista Semi Estruturada.....	46
4.5.3	Fonte documental.....	47
4.6	Análise dos dados.....	48
4.7	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	49
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	Caracterização dos sujeitos.....	52
5.2	Prática de atividade física.....	64
5.3	Unidades temáticas	65
5.3.1	Adesão terapêutica de dor lombar crônica e sua potência na perspectiva do diagnóstico.....	66
5.3.2	Adesão terapêutica de dor lombar crônica e sua potência na perspectiva do tratamento medicamentoso.....	68
5.3.3	Outras formas de cuidar centrando a atenção no usuário.....	81
5.3.4	Guia Educativo.....	90
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXOS.....	113

APRESENTAÇÃO

Iniciei minhas atividades como enfermeira no final da década de 80 e pude vivenciar experiências junto aos diferentes níveis de assistência, tanto nos serviços públicos como nos privados.

Tive oportunidade de trabalhar em um hospital universitário, atuando em centro cirúrgico, central de materiais e sala de recuperação anestésica. Menciono também um trabalho em uma usina de cana-de-açúcar na região de Ribeirão Preto, especificamente no ambulatório central, e nos atendimentos em clínica médica, ginecologia e pediatria.

Atuei no Ambulatório Estadual de Saúde Mental em Ribeirão Preto, onde realizava, consultas de enfermagem, medicações e encaminhamentos aos hospitais de apoio, quando necessário.

Na Saúde Pública, trabalhei na Atenção Básica (AB) dos municípios de Ribeirão Preto e Sertãozinho desenvolvendo atividades semelhantes na atenção à saúde da população, guardando as respectivas particularidades de cada local, porém dentro dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, pautados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Participei do planejamento e implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com retaguarda da Unidade Básica de Saúde local.

Concomitante a estas atividades, desde 1996 trabalho em uma clínica privada, na especialidade de Neurocirurgia. Realizo a consulta de enfermagem e fui me aproximando, cada vez mais, da queixa de dor lombar crônica (DLC) na maioria dos pacientes que assisto. E nesse contexto, comecei a constatar que alguns pacientes apresentavam dificuldades em aderir aos tratamentos propostos pela equipe de saúde. Deparei-me também com outros pacientes em que a adesão terapêutica ocorria de maneira mais efetiva, com bons prognósticos e melhora da qualidade de vida. Diante dessas observações, a questão que me motivou a presente investigação foi: Será que uma melhor compreensão dos fatores facilitadores e dificultadores para o tratamento da DLC, poderá proporcionar aos pacientes uma melhor adesão terapêutica?

1 INTRODUÇÃO

1.1 Da visão reducionista da atenção à saúde ao Sistema Único de Saúde e sua contribuição para a atenção integral

Sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se alcançar os seguintes objetivos: a obtenção de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos e a prestação de serviços eficientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Sardá et al. (2012), explicam que a partir da segunda metade do século passado, intensificaram-se os questionamentos a respeito da visão biomédica tradicional. Os princípios do modelo biomédico baseiam-se na orientação científica do século XVII, consistindo numa visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza e que surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros, conceberam a realidade do mundo como uma máquina (BARROS, 2002).

O modelo biomédico entende as doenças como resultados, ou do processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem ou, ainda, como a falha de algum mecanismo regulatório do organismo (KOIFMAN, 2001).

Como uma resposta ao reducionismo do modelo biomédico a perspectiva biopsicossocial proposta por Engel (1997), surge para afirmar a existência de uma relação dinâmica entre mudanças biológicas, estado psicológico e contexto social (SARDÁ et.al, 2012).

Ainda, nos movimentos políticos que foram constituindo o modelo assistencial, relembra-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978, seja base para este capítulo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) há urgência de todos os governos, dos que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial de promover a saúde de todos os povos. Nessa carta, foi abordado que os cuidados básicos em saúde devem ser operacionalizados com métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, e, ainda, que esses

cuidados devem ser acessíveis ao indivíduo, familiares e comunidade, que devem assumir uma participação ativa tanto no sistema de saúde quanto no desenvolvimento social e econômico da comunidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1986).

Considerando as crescentes expectativas por uma nova Saúde Pública, nas discussões da Carta de Ottawa, realizada no Canadá em 1986, focalizou-se, principalmente, a promoção da saúde como o cerne da qualidade de vida da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Em busca dessa promoção e de um cuidado integral à saúde, no Brasil foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que buscou reorientar a atenção, assistencial a partir da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 1997).

Esse sistema público de saúde é um dos maiores existentes; abrange desde os atendimentos básicos, ambulatoriais, até os procedimentos complexos, como cirurgias que demandam alta tecnologia. Deve garantir o atendimento integral, universal e gratuito para todos e foi estabelecido em 1988, pela Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1998).

A ideia de sua constituição aconteceu durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, quando foi determinado que o sistema de saúde nacional deveria ser reestruturado, sob a ótica de um novo arcabouço institucional, devendo ficar sobre a responsabilidade do Ministério da saúde (BRASIL, 1986).

A partir daí, buscando a integralidade na assistência, as ações populares passaram a ser incentivadas, por meio da capacitação e da participação da comunidade, para que esta fosse capaz de realizar ações em saúde, identificar aspirações, satisfazer as necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente onde vive (BRASIL, 1986).

Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. As propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano (BRASIL 1990a; 1990b apud PENNAFORT et al., 2012).

Na construção da atenção integral, a saúde deve contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado faz-se sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde

e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, reconhecendo as necessidades de saúde dos indivíduos sobre sua necessidade (BRASIL, 2013a).

Na atual organização das práticas de saúde, deparamo-nos com a inclusão da família. Este olhar demonstra ampliar um desenho organizativo para assegurar os princípios da universalidade, do acesso e da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e desta forma possibilitar assumir o compromisso com o cuidado integral. Este envolve desenvolver uma prática de saúde onde se considera também a dimensão subjetiva do participante de pesquisas na produção da atenção e redução de risco ou manutenção de baixo risco, de tratamento e reabilitação (BRASIL, 2010).

Para tanto pressupõe utilizar tecnologias de cuidado, complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Nesta perspectiva, o processo de trabalho deve acontecer com alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas. Estes serviços devem ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde (PENNAFORT et al., 2012).

Contudo, o Brasil continuava enfrentando graves problemas socioeconômicos e uma situação crítica e fragilizada no âmbito da saúde, o que causava descontentamento da sociedade em relação ao modelo assistencial oferecido pelo SUS. Diante dessa inquietação, em 2003 foi realizada a 12ª *Conferência Nacional de Saúde*, com o propósito de reafirmar o direito à saúde pública e de qualidade para toda a população. Nesse sentido, pretendeu-se adotar um modelo centrado na saúde, nas capacidades da natureza e da ciência, e não na doença e nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico (PENNAFORT et al., 2012).

Desde 1999, as consultas de homeopatia e acupuntura são oferecidas pelo SUS, mas o elevado avanço ocorreu com a 12ª Conferência, quando foi discutida oficialmente a necessidade da implementação das práticas alternativas e complementares em saúde nos serviços do SUS, tais como fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia. Considerou-se o direito do cidadão de ter opções terapêuticas, bem como o acesso a informações sobre sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica. O intuito é

oferecer outras opções terapêuticas, para melhor atender à população, que incorporassem os princípios da cultura e saberes locais, facilitando e garantindo acesso e atendimento humanizado, integral e contínuo. O Ministério da Saúde publicou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que atende à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados. E, ainda, sugere que o desenvolvimento dessas práticas seja em caráter multiprofissional e em consonância com o nível de atenção (PENNAFORT et al., 2012).

O atendimento à dor, temática que é abordada no presente estudo é, igualmente, realizado no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde atualizou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, lançado em 2002, o que vai ser discutido nos itens subsequentes.

1.2 Dor

A dor foi conceituada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano. Dor é uma experiência subjetiva e pessoal, envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio”. Para fins de pesquisa, essa mesma instituição preconiza dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, com caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses) (KOPF, 2010).

Para Siqueira e Morete (2014), há dificuldades em reconhecer a natureza multidimensional do fenômeno doloroso e tal dificuldade está ligada, em grande parte, à aceitação disseminada dos conceitos cartesianos de separação de mente e corpo e em contra partida, a visão biopsicossocial busca considerar aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais não de forma separada, mas como um todo integrado.

Os múltiplos fatores associados à dor crônica afetam o funcionamento físico e psicossocial do indivíduo. Entre eles, destacam-se os distúrbios do sono, a perda de apetite, a dependência de fármacos, os transtornos de humor, as crises de ansiedade, a fadiga e a frustração, o que gera numerosas consequências para essas

peessoas, suas famílias, empregos e ao Sistema de Saúde (GARVEN et al, 2011).

Kopf (2010), chama atenção para o fato que a dor modifica e limita aspectos da qualidade de vida, impondo, ao seu portador, mudanças que causam transtornos pessoais, conflitos sociais, e perdas afetivas, familiares, da autonomia e interrupção de projetos de vida; segundo Sallum, Garcia e Sanches (2012), a não compreensão desse conjunto de fatores, certamente dificulta a assistência e a relação entre o profissional de saúde e o paciente que vivência do fenômeno doloroso.

Do ponto de vista clínico pode-se distinguir dois tipos de dor. A primeira é a fisiológica, resultado de agressão ou lesão corporal e que tem função de alerta e defesa. Normalmente é de caráter agudo, de breve duração, provocada por estímulo nociceptivo periférico e/ou reação inflamatória e com relação causa-efeito bem determinada, como a dor pós-operatória, a do traumatismo, a de dente, a cefaleia de tensão, entre outras (OLIVEIRA, 1997).

O segundo tipo, é a crônica, que destaca aspectos de avaliação em componentes psíquicos, socioculturais, estado emocional, alteração de personalidade e conduta (perdas e ganhos), relações familiares, de trabalho, lazer, crenças, adesão ao tratamento farmacológico e em outras terapias não medicamentosas (SOUSA et al., 2010).

A avaliação e intervenção na dor aguda deve ser diferente daquelas direcionadas à dor crônica. Embora existam aspectos comuns, os relatos de dor aguda têm ênfase nas características da dor, nas suas repercussões biológicas e no alívio, enquanto os relatos de dor crônica enfatizam além destes, os aspectos psicossocioculturais que devem ser incluídos (OLIVEIRA, 1997).

Na dor patológica crônica não há relação causa-efeito bem definida. Insidiosa, não tem função de alerta ou de defesa e é gradativamente incapacitante, persistindo por período superior a seis meses (OLIVEIRA, 1997).

Os fatores desencadeantes deste tipo de dor crônica podem ser: subtratamento, subavaliação, o reduzido e inadequado uso de opióides, a inadequada formação de profissionais de saúde quanto ao fenômeno álgico e medicamentoso, as crenças e valores errôneos frente à dor e analgesia e a dificuldade em aferir a dor (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Condições crônicas são definidas por Mendes (2012) como aqueles estados de saúde com tempo de duração mais longo ou permanente; que exigem do sistema de atenção à saúde, dos profissionais e usuários, uma forma de

enfrentamento pautada em ações contínuas, proativas e integradas; com foco nas pessoas e nas famílias, por meio de cuidados planejados conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

Essa definição é ao contrário daquela estabelecida para as condições agudas das quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada; as condições crônicas podem levar o indivíduo a apresentar mais sintomas e a perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso: a condição crônica leva a tensão muscular que contribui para a dor a qual direciona ao estresse e à ansiedade, que conduz aos problemas emocionais, aos quais favorecem a depressão que direciona à fadiga levando à condição crônica (LORIG et al., 2006).

Essas condições são responsáveis por impor limites à vida, não somente quanto aos aspectos biológicos, mas em diferentes dimensões e sentidos e comprometem a sua qualidade (CASTELLANOS, 2015).

Almeida et al. (2010), explicam que em relação ao tratamento da dor, a compreensão biopsicossocial passa a exigir um trabalho interdisciplinar, contando com a atuação integrada de profissionais de diferentes especialidades.

No Brasil, o Ministério da Saúde na tentativa de organizar o atendimento às condições crônicas criou alguns documentos para orientar e preparar os serviços de saúde no enfrentamento desses estados de saúde (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

Em função das mudanças no perfil epidemiológico da população, da grande ascensão das doenças crônicas e da ineficiência do modelo de atenção vigente, o país tem buscado novas estratégias para avançar na qualificação da atenção e gestão em saúde, principalmente para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse sentido, novos documentos norteadores são propostos pelo Ministério da Saúde, tais como: as “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência” (Brasil, 2008), com o objetivo de propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas e facilitar a construção de estratégias integrais para a abordagem das necessidades das pessoas com (DCNT); o “Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas (2011 -2022)” (BRASIL, 2011), com o intuito de definir e priorizar as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos e as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, que subsidia a organização da Rede de

Atenção para as Condições Crônicas (KOERICH, 2016).

Neste contexto o Ministério da Saúde elaborou a Portaria Nº 1083, de 2 de outubro de 2012, que cria o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre este tipo de dor no Brasil e as Diretrizes Nacionais para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento dos indivíduos com esta condição contemplando, principalmente, as dores crônicas de origem oncológica (BRASIL, 2012a).

Nesses documentos são elaboradas as diretrizes que orientam uma abordagem integrada dos serviços de saúde que visam a prevenção e controle das DCNT. No entanto, eles são direcionados para grupos de DCNT considerados prioritários (doenças do aparelho circulatório, câncer, enfermidades respiratórias crônicas, diabetes mellitus, saúde mental) em função das taxas de mortalidade e riscos de óbito que essas doenças oferecem (KOERICH, 2016).

As dores crônicas de origem musculoesquelética não estão incluídas nas condições crônicas definidas como prioritárias, não sendo, dessa forma, elencadas nos programas e investimentos do governo federal. Mata et al (2011) destacam que a forte centralização da forma de produzir-se o cuidado principalmente na Atenção Básica (AB), por meio da verticalização de programas e ações a partir do nível central de gestão, gera lacunas na busca de novos cenários epidemiológicos e não reflete a demanda real da população, no que se refere às suas necessidades de cuidado (KOERICH, 2016).

Nessa direção Mendes (2012) relata que as políticas de saúde devem se adequar às constantes mudanças no perfil de saúde das populações. No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica vem desenhando um novo cenário para a ação do SUS, com a configuração de tripla carga de doença manifestada pela concomitância de doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas.

Dentro dessa perspectiva, o alívio da dor, a busca da qualidade e a minimização de riscos constituem-se em um grande desafio para todos os profissionais comprometidos e conscientes de seu papel na equipe de saúde (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

1.3 Dor Lombar

Esse tipo de dor constitui-se em uma das afecções musculoesqueléticas mais comuns e sua importância pode ser constatada pelas medidas de prevalência na população geral, DAGENAIS; CARO; HALDEMAN, 2008; HOY et al., 2012; MEUCCI; FASSA; FARIA, 2015; podendo atingir homens e mulheres em diferentes faixas etárias (BALANGUÉ et al., 2012; PALACIOSCEÑA, 2015; KOERICH, 2016).

Reinehr, Carpes e Mota (2008) definem a coluna lombar como uma região que compõe o complexo lombo-pélvico, descrito na literatura como “centro”, uma denominação decorrente do fato de que nesta região fica posicionado o centro de gravidade, em que a maioria dos movimentos é iniciada e ocorre a transmissão de carga do corpo, constituindo assim, uma fonte potencial de dor.

Weiner e Nordin (2010), afirmam que o modelo biomédico pode funcionar bem ao lidar com as dores lombares se oriundas de causas específicas, quando é possível reconhecer padrões de sinais e sintomas pela história e exame clínico, identificar a lesão subjacente ou a doença por meio da investigação e diagnóstico, e propor terapias que são definidas, especificamente, para o tipo de lesão biológica encontrada. No entanto, na maioria dos casos, a causa dessa dor é inespecífica ou desconhecida, tornando desta forma o modelo limitado, pois costuma ser efetivo, somente, quando a causalidade da dor pode ser determinada (KOERICH, 2016).

O quadro clínico da dor lombar ou lombalgia pode trazer os seguintes sintomas: dor, tensão muscular e/ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem irradiação para as pernas (AIRAKSINEM et al., 2006; AUSTRÁLIA, 2009).

Essa dor costuma ser classificada, clinicamente, de acordo com os mecanismos que causam essa disfunção sendo que: 80 a 90 % dos casos são provocados por causas mecânicas, como a degeneração discal e/ou articular, fratura vertebral e deformidades; 5 a 15%, envolvem causas neurogênicas, como as hérnias de disco e estenose espinhal; 1 a 2%, correspondem às condições não mecânicas, como doenças neoplásicas, infecções e inflamações; 1 a 2%, estão relacionados com dor visceral referida (doenças gastrointestinais, doença renal) e 2 a 4 %, com outras causas diversas (como a fibromialgia) (KOERICH, 2016).

Outras classificações existentes para as lombalgias estão apresentadas na

sequência. Ainda há as não orgânicas, importantes no contexto ocupacional ou pericial, à custa dos frequentes ganhos secundários pertinentes a essas situações. Entre as não orgânicas há as secundárias à síndrome de Münchausen, as simuladas com o interesse direto de ganhos secundários (financeiros) e as psicossomáticas, secundárias aos conflitos psicológicos, geralmente inconscientes, podendo ou não ser acompanhadas de queixas somáticas. Ganhos secundários também podem ter relação com este último tipo (psicossomático). Também podem ser classificadas sob o ponto de vista do comprometimento dos tecidos como de origem muscular e ligamentar (lombalgia por fadiga da musculatura para-vertebral e por distensão muscular e ligamentar); de origem no sistema de mobilidade e estabilidade da coluna (por torção da coluna lombar ou ritmo lombo-pélvico inadequado e por instabilidade articular); de origem no disco intervertebral (por protrusão intra-discal do núcleo pulposo e por hérnia de disco intervertebral) e como predominantemente psíquica (lombalgia como uma forma de conversão psicossomática ou objetivando ganhos secundários) (HELFENSTEIN JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2010).

As modificações corporais que acompanham os indivíduos com o passar dos anos e a ocorrência de doenças crônicas acarretam desgaste nos componentes de sustentação da coluna, alterando a sua anatomia e a fisiologia levando, conseqüentemente, às morbidades variadas e à possibilidade de ocorrência de dor lombar (FERREIRA et al., 2011).

De acordo com a duração, os episódios de dor lombar podem ser agudos ou crônicos. A dor aguda geralmente ocorre na fase inicial da doença, e é mais localizada, tem causa geralmente definida. Relaciona-se, em geral, aos comprometimentos de ligamentos, músculos e/ou lesões dos discos intervertebrais; caracteriza-se pela presença de dor de início súbito com duração inferior a seis semanas, autolimitada de um a sete dias. Cerca de 90% dos pacientes se recuperam espontaneamente, 60% retornam para as suas funções no prazo de um mês e 30% a 60% podem apresentar recidiva da dor em um ano a dois anos (ALENCAR, 1999; MACEDO, BLANK, 2006; CARAVIELLO et al., 2005).

A dor crônica é definida como aquela que persiste além do tempo esperado para resolução clínica que provocou a sua ocorrência e gera incapacidade para as atividades profissionais, sociais e familiares (YENG et al., 2009). A dor lombar crônica em somente cerca de 8% dos casos, ultrapassa 12 semanas, compromete a produtividade e tem maior dificuldade de se resolver por completo (ANDERSSON,

1999). Conhecida também como lombalgia crônica, assume o caráter de uma síndrome incapacitante (AIRAKSINEM et al., 2006; AUSTRÁLIA, 2009).

Nos casos em que a dor lombar perdura por um tempo superior a três meses, o fenômeno passa a ser denominado como “Dor Lombar Crônica” – DLC, e assim como outras condições crônicas, torna-se um fenômeno mais complexo, que requer uma lógica de cuidado diferente dispensado às condições agudas (MENDES, 2012).

A maioria dos casos de dor lombar resolvem-se entre 8 e 12 semanas, mas, em aproximadamente 15% das pessoas, os sintomas persistem após o terceiro mês (GORE, et al., 2012), tornando-se “crônica” e resultando em períodos de dor intensa, limitações físicas significativas e prejuízo das atividades diárias e laborais (ANDERSSON, 1999; EKMAN et al., 2005; GORE et al., 2012).

Mendes 2012 explica que a dor lombar crônica é compreendida como uma condição crônica porque se inicia e evolui lentamente; apresenta múltiplas causas que variam no tempo (incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição aos fatores ambientais e aos fisiológicos) e costuma resultar em mais sintomas e progressiva perda de capacidade funcional.

A DLC constitui-se na principal queixa nos serviços de saúde, sendo a principal causa de afastamento do trabalho, gerando altos custos previdenciários (FERREIRA et al., 2011). É um problema musculoesquelético com alta prevalência e elevado custo nas sociedades economicamente avançadas da atualidade. Pode levar à incapacidade ao longo do tempo, ao absenteísmo no trabalho e ao uso frequente dos serviços de saúde (GORE et al., 2012).

Os problemas originados pela dor crônica, no âmbito ocupacional, implicam na diminuição da produtividade, aumento do absenteísmo e restrições financeiras. Para melhor controle e a prevenção do absenteísmo e presenteísmo por motivo de dor, além de um tratamento e acompanhamento adequados desses pacientes, é necessário conhecer os fatores sociais, comportamentais e trabalhistas envolvidos (GARCIA, B.T.; VIEIRA; GARCIA, J. B.S., 2013).

Um olhar mais cuidadoso deve ser lançado sobre o presenteísmo. Esse termo, ainda pouco conhecido, interfere tanto quanto ou até mais que o absenteísmo, no desempenho e na satisfação dos trabalhadores. O presenteísmo é definido como a presença do funcionário ao trabalho, porém, devido aos problemas físicos ou mentais, ele não consegue desempenhar, em sua plenitude, suas atividades laborais

(LARANJEIRA, 2009; JOHNS, 2010).

Várias são as causas que podem levar os indivíduos a desenvolver dor lombar. Alguns estudos (SAVINGY et al., 2009; BALANGUÉ et al., 2012) explicam que em aproximadamente 90% dos casos, a origem da dor não pode ser definida e, desta forma, é caracterizada como “de origem não específica”, sinalizando que as causas para a dor lombar podem envolver mecanismos mais complexos.

A DLC é prevalente em todo o mundo em todas as faixas etárias e está associada a uma morbidade significativa e aos elevados custos de cuidados de saúde. Os tratamentos para DLC são multimodais incluindo medicamentos, injeção, fisioterapia, exercícios e às vezes cirurgia (CHAPARRO et al., 2014). Uma vez que a intervenção cirúrgica é um último recurso para DLC, o tratamento terapêutico é agudo e, também, requer a adesão do paciente (YANG et al., 2017).

No Brasil, poucos estudos abordam a prevalência de usuários que buscam os serviços de saúde por causa da DLC, sendo esta realidade muitas vezes subnotificada ou não registrada adequadamente, assim como acontece com outras condições crônicas de origem musculoesquelética (MATA et al., 2011).

Mudanças no perfil da população brasileira têm ocorrido nos últimos anos, como o aumento do número de idosos que hoje representam 7,4% da população total, aumento de hábitos sedentários entre os adultos e, conseqüentemente, mudanças na composição corporal como aumento dos índices de sobrepeso e obesidade que atingem, atualmente 58,4% das mulheres e 52,5% dos homens (NASCIMENTO; COSTA, 2015).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Essa mudança demográfica é consequência do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida observados, principalmente, a partir de meados do século XX (LIMA-COSTA, 2011) e, em decorrência disso, observa-se a crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas (SILVA et al., 2013) e, conseqüentemente, de maior incidência de dor e incapacidade (HUNG et al., 2012), (SANTOS et al., 2010).

A DLC é uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida, apresentando uma prevalência pontual de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que causa grande demanda aos serviços de saúde. Entretanto, esses valores podem estar subestimados uma vez que menos de 60% das pessoas que apresentam este tipo de

dor, procuram por tratamento (NASCIMENTO; COSTA, 2015).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013b) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o problema crônico de coluna foi referido por 18,5% dos adultos, sendo as mulheres as mais acometidas (21,21%). Entre os adultos que referiram ter algum problema crônico de coluna, 16,4% deles relataram possuir grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais (OLIVEIRA, et al. 2015). Ainda de acordo com a PNS, os problemas crônicos de coluna constituem-se na segunda condição de saúde mais prevalente do Brasil (13,5%), entre as patologias crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde, superadas apenas pelos casos de hipertensão arterial (14%). Porém, esta pesquisa não reporta valores de prevalência específicos para a dor lombar que apresenta prognóstico e manifestações diferentes das dores cervicais, torácicas e pélvicas (BRASIL, 2014).

Conforme dados do DATASUS, em 2013, no módulo de doenças crônicas, que envolve condições dolorosas como artrite, reumatismo, problemas crônicos de coluna e Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho (DORT), o percentual de limitação intensa é elevado por problemas que afetam principalmente a coluna vertebral. Observou-se que 15,7% da população brasileira sofrem de limitação por dor intensa, sendo mais frequente no Centro-Oeste (20,8%), seguido de Nordeste, Sul, Norte e a que apresenta o menor percentual é a região Sudeste, com 13,4% (LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SÁ, 2016).

Apesar desses números, um diagnóstico específico sobre possíveis causas da dor lombar não é determinado entre 90-95% dos casos, uma vez que essa dor apresenta caráter multifatorial. Ela pode estar associada a um conjunto de causas, como por exemplo, fatores sócios demográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), estado de saúde, estilo de vida ou comportamento (tabagismo, alimentação e sedentarismo) e ocupação (trabalho físico pesado, movimentos repetitivos) (NASCIMENTO; COSTA, 2015).

Para Ferreira et al. (2011), uma contextualização completa da dor crônica é complexa e deve considerar o máximo de fatores possíveis. O autor cita como possíveis causas de dor lombar crônica, as doenças inflamatórias, as degenerativas, as neoplásicas, os defeitos congênitos, a debilidade muscular, e a predisposição reumática, entre outras.

Indivíduos que enfrentam dificuldades para realizar as tarefas cotidianas e

não conseguem desenvolver atividades laborais tendem a se afastar do convívio social e evitar as atividades de lazer. O isolamento social e a evitação das atividades relacionadas à dor pode reduzir a auto eficácia e aumentar a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos e de incapacidade (SALVETTI et al., 2012).

Garbi et al. (2014), entendem que é necessário realizar a avaliação dos componentes físicos, psicológicos (história pessoal, sintomas de ansiedade, depressão, cognição, crenças sobre dor, formas de lidar com a dor entre outros) e sociais (ambiente de trabalho, satisfação, estresse no trabalho, compensação financeira entre outros) para os profissionais entenderem como o indivíduo percebe a dor e como ele adapta-se a ela, os autores concluem também, que o manejo da dor deve ser de maneira mais completa e eficaz para prevenir incapacidades e cronicidade e que os pensamentos negativos e a fadiga são sintomas frequentes nos quadros depressivos e podem interferir no modo de lidar com a dor e contribuir para a presença de incapacidade. Portanto, tratar os sintomas depressivos, pode ser uma estratégia eficaz no sentido de minimizar a incapacidade e a dor.

A incapacidade impede a pessoa de realizar atividades que fazia antes como, afazeres domésticos, esporte, interações sociais etc., possibilitando os sintomas de depressão. O contrário também pode ser verdadeiro, ou seja, sujeitos deprimidos tendem a ficar mais isolados e sem motivação para se envolverem em quaisquer tipos de atividade (GARBI et al., 2014).

Em um estudo realizado por Fujii, Matsudaria e Oka (2013), o medo de sentir dor tem sido associado aos níveis mais baixos de atividade física entre pessoas com dor lombar e evidências longitudinais recentes indicam que as pessoas com dor lombar que permanecem sedentárias, experimentam maiores níveis de incapacidade ao longo do tempo (PINTO et al, 2014). Zale e Ditre 2015, complementam que o medo relacionado à dor pode ser negativamente reforçado por comportamentos de evitação das atividades.

Concordamos com Koerich (2016), que a maioria das pessoas com DLC não tem consciência da condição crônica que a atinge e frustra-se com os tratamentos que ainda estão presos a um modelo de atenção biomédico, ou seja, centrado apenas nas lesões identificadas em exames e não nas queixas e necessidades do paciente. Esse processo cria um círculo vicioso, fazendo com que as pessoas recorram numerosas vezes aos serviços de saúde, aumentando a demanda de atendimentos.

Durante a busca por cuidados em saúde, as pessoas com DLC também

não encontram uma Rede de Atenção devidamente estruturada, que proporcione uma atenção contínua, integral e de qualidade, haja vista que o cuidado ofertado ainda é centrado no atendimento especializado, focado nos quadros agudos e com o funcionamento precário do sistema de referência e contra-referência (KOERICH, 2016).

Partindo do princípio que os serviços de saúde, em sua organização têm a finalidade de garantir acesso e qualidade, a Atenção Básica (AB) é uma importante porta de entrada do SUS e tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades de saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (BRASIL, 2014).

Os pacientes devem ser encaminhados para o especialista em duas situações: em qualquer momento na presença dos sinais de alerta, como: história de câncer, perda de peso, febre, infecção bacteriana recente, imunossupressão, uso de drogas injetáveis, dor que não melhora com analgesia ou repouso e na presença de alterações neurológicas como: déficit grave e progressivo nos membros inferiores, anestesia de região perineal, disfunção de bexiga, retenção ou incontinência e alterações do esfíncter anal, constituindo todos em sinais de alerta para o clínico. Na ausência desses sinais, o paciente não necessita de encaminhamento para exame com especialista e cerca de 90% apresentam recuperação dentro de quatro semanas ou durante a reavaliação, na ausência de melhora dos sintomas (DEFINO; HERRERO, 2012).

Um bom sistema de saúde há, sempre, de operar com o trabalho conjunto dos médicos clínicos e especialistas. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações, que devem ser equilibradas (MENDES, 2012).

Os especialistas presentes em outro nível assistencial, como o anestesista e o neurocirurgião, podem constituir um serviço de dor pelas habilidades inerentes a essas especialidades na realização de procedimentos invasivos do sistema nervoso e sendo também habilitados para o tratamento clínico (OLIVEIRA, 1997).

Normalmente nos casos de dor lombar, o reumatologista e o neurologista, realizam a investigação diagnóstica e o tratamento conservador, com medicações, orientações e encaminhamento para fisioterapia. Ortopedistas e neurocirurgiões, devido a sua formação eminentemente cirúrgica, acabam por conduzir os casos passíveis de cirurgia, embora uma parcela significativa dos pacientes, beneficiem-se

do tratamento conservador.

Como o tratamento clínico é necessário, mesmo quando se opta pelo tratamento cirúrgico, tanto os ortopedistas e os neurocirurgiões, estão capacitados, também, a realizá-lo. Devido a dor crônica ter uma característica de causas multifatoriais, participam também do tratamento clínico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o educador físico, o nutricionista e o psicólogo. De uma forma geral a visita ao cirurgião é sempre importante para descartar as causas graves, como tumores e má formações na coluna vertebral e canal medular que necessitem de intervenção cirúrgica.

1.4 Enfermeiro no atendimento da DLC

A intervenção de enfermagem é descrita pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) como “qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um Enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto as assistenciais diretas quanto as indiretas, aquelas que focalizam os indivíduos, as famílias e comunidades, e aquelas que são para tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos ou outro prestador” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2012).

Já as atividades do enfermeiro são definidas como “comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado. As atividades de enfermagem estão em um nível concreto de ação. Uma série de atividades é necessária para implementar uma intervenção” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2012).

Até o final da década de 1960, o cargo de enfermeiro não estava previsto no quadro de recursos humanos de grandes instituições, sendo o profissional encontrado apenas em alguns serviços. Com o tempo, este profissional com qualificações diversas foi necessário para implementar as diretrizes, previamente traçadas (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Seu trabalho foi incorporado, enquanto organizado e sistematizado, a um conjunto de atividades e dentre elas a assistência individual, ligada principalmente aos aspectos da dor (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Pela maior proximidade com o paciente, o enfermeiro identifica, avalia e notifica a dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, prescreve algumas medidas não-farmacológicas e avalia a analgesia. Ou seja, na prática, é quem organiza o gerenciamento da dor (MONTEIRO; SCHREIBER; SADE, 2011).

As ações de enfermagem na prevenção e controle da dor assumem um papel fundamental, pois a queixa algica não tratada ou mau cuidada reflete diretamente na qualidade de vida dos pacientes, interferindo nas atividades cotidianas, relacionamento interpessoal e profissional (COSTA et al., 2014).

Desse modo, o enfermeiro deve ser um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e serviços desenvolvam competências para um agir consciente no cuidado à saúde e para que a equipe desenvolva ações interdisciplinares em uma atenção integral ao indivíduo (COSTA et al., 2014).

A consulta de enfermagem representa importante instrumento de estímulo para adesão e para o acompanhamento dos pacientes, pois a escuta qualificada possibilita a abertura do diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações e os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança (OLIVEIRA et al., 2011).

Outra oferta para trabalhar a dor lombar crônica constitui-se nas atividades educativas, que são essenciais na prevenção de riscos e agravos e na promoção da qualidade de vida das pessoas. O processo educativo pode ser considerado uma ação política, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos. A educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia, deve levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão e, sim, como um direito social estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988 (COSTA, et al.2014).

Waidman et al. (2012), salientam que, para realizar atividades educativas regulares e desenvolver ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, a equipe deve estar preparada e conhecer a realidade da população atendida.

Diante deste contexto faz-se necessário “um (re) planejamento de estratégias educativas em saúde com vistas à troca de conhecimentos entre profissionais de saúde, clientes e familiares, resgatando o saber dessas pessoas bem como valorizando sua cultura”, ao invés de tentar verticalizar informações para

cuidados em saúde (FAVA et al., 2010).

Alguns estudos envolvendo atividades educativas em pessoas com dores de coluna foram realizados.

Na Holanda, pesquisa teve como objetivo determinar se a educação individual do paciente é eficaz no tratamento de dor lombar não específica e qual tipo é mais efetivo. Foi realizada uma revisão de literatura computadorizada nas bases MEDLINE (1966 a julho de 2006), EMBASE (1988 a julho de 2006), CINAHL (1982 a julho de 2006), PsycINFO (1984 a julho de 2006) e na Cochrane Library (2006, Edição 2). Dos 24 estudos incluídos na revisão, 14 (58%) foram de alta qualidade. A educação individual do paciente foi comparada com nenhuma intervenção em 12 estudos; com intervenções não educacionais em 11 estudos e com outras intervenções educacionais individuais em oito estudos. Os resultados mostraram que, para pacientes com dor lombar subaguda, há uma forte evidência de que uma sessão educacional oral de 2,5 horas seja mais eficaz no retorno ao trabalho a curto e longo prazo do que nenhuma intervenção. As intervenções educacionais menos intensivas não foram mais efetivas que nenhuma intervenção. Além disso, há fortes evidências de que a educação individual para pacientes com essa dor sub-aguda é tão efetiva como intervenções não educacionais sobre dor a longo prazo e melhora global e que, para pacientes crônicos, a educação individual é menos efetiva para a função específica da dor nas costas quando comparado a intervenções mais intensivas. A comparação de diferentes tipos de educação individual não mostrou diferenças significativas. Os autores concluíram que para pacientes com dor lombar aguda ou subaguda, a educação intensiva do paciente parece ser efetiva; para os com dor crônica, a eficácia da educação individual não ficou clara (ENGERS et al, 2011).

Em Brasília, Distrito Federal, investigação verificou os efeitos de um programa educacional de autocuidado de coluna, no controle da dor e na incapacidade em idosos ativos com dor lombar crônica não específica. Os idosos foram divididos em grupo experimental (17) e controle (13). A intervenção consistiu na entrega de uma cartilha educativa e um workshop. Os resultados demonstraram que a cartilha pode ser uma ferramenta útil, capaz de gerar independência no cuidado e tratamento da dor lombar crônica em idosos ativos (RIOS et al., 2015).

Em Curitiba, Paraná, estudo avaliou a efetividade de um programa cinesioterapêutico de grupo aliado à Escola de Postura, sobre a dor e a capacidade funcional, em indivíduos com lombalgia crônica. Foi uma pesquisa clínica, transversal,

realizada com 24 indivíduos que apresentavam dor lombar, de ambos os gêneros, com média de idade de $55,3 \pm 6,3$ anos. Foram realizados atendimentos de um programa de cinesioterapia e educação postural, com frequência de uma vez por semana, durante três meses, além de intervenções educativas como minipalestras de orientação postural e orientação de um comportamento ativo durante a semana para a prática domiciliar dos exercícios e cuidados posturais. A conclusão foi que o programa de cinesioterapia em grupo, acrescido das intervenções educativas mostrou-se favorável na melhora da dor e da capacidade funcional de pacientes com lombalgia (KORELO et al., 2013).

Assim o profissional enfermeiro possui papel de relevância como mediador na busca, elaboração e implementação de novos processos institucionais e educativos exigindo diferentes abordagens de gestão da assistência, ou seja, pressupõe uma modalidade da prática gerencial sustentada num processo permanente de melhoria da qualidade, que utiliza como instrumento um conjunto de padrões previamente estabelecidos, que seja facilitador na dinamicidade, segurança e qualidade do trabalho (OLIVO; PORTELA; LANA, 2013).

COSTA et al. (2014) trazem que o enfermeiro pode estabelecer planos de cuidados no intuito de promover a adesão ao tratamento considerando o contexto de vida e a singularidade de cada um.

2 REFÊRENCIAL TEÓRICO: ADESAO TERAPÊUTICA

Na vivência diária com pessoas em tratamento da DLC, detectamos, a dificuldade que alguns pacientes demonstram em aderir ao tratamento terapêutico prescrito.

A compreensão dos fatores facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento torna-se um ponto de partida de extrema importância para que o enfermeiro possa atuar de forma efetiva e seja um agente facilitador nesse processo.

A preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de muito tempo na história da Humanidade. Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de se observarem as falhas do paciente em relação ao que havia prescrito (BARBOSA et al., 2012).

Várias terminologias são utilizadas como sinônimo de adesão, tais como aderência, complacência, *compliance*, fidelidade, observância (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006).

A adesão terapêutica refere-se ao grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as prescrições da equipe de saúde. O conceito remete a ideia de uma relação de colaboração entre paciente e equipe de saúde na tomada de decisões sobre o tratamento. Dessa forma, o termo adesão tem sido o eleito como o ideal para definir o fenômeno, por expressar participação voluntária e ativa por parte do usuário no desenvolvimento e ajuste do plano de cuidados (LIBERATO et al., 2014).

O termo é aplicado quando os pacientes seguem de perto e, corretamente, todas as orientações terapêuticas prescritas por profissionais de saúde. A adesão refere-se então, ao grau que eles respondem a estas orientações. Isto refere-se não só à medicação, mas também inclui medidas não farmacológicas, fisioterapia, controle do peso, entre outras (ARIAS-LLORENTE; GARCÍA; MARTÍN, 2012). Este conceito de adesão é multidimensional, pois envolve diferentes elementos que constituem o processo: relacionados a patologia, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um componente isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, ou seja, é necessária a ação conjunta para que a adesão ao tratamento seja alcançada.

Os fatores que devem ser levados em consideração como possíveis preditores de adesão são: dados demográficos como o sexo, a idade, o nível da educação, o conhecimento da doença, *status* sócio econômico, as relações sócio

familiares e profissionais, bem como os fatores clínicos e o relacionamento com os membros da equipe de saúde. As formas de lidar com a doença, os mecanismos de negação e evasão têm sido também descritos como preditores negativos da adesão ao tratamento (ARIAS- LLORENTE; GARCIA, MARTIN, 2012).

Um fator importante a ser considerado, é a relação entre o paciente e os profissionais de saúde. Nesse aspecto, Llorente; Garcia, Martin (2012), observam que o relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde, pode ter um impacto positivo ou negativo e por isso deve-se promover um ambiente de confiança que permita uma boa comunicação entre eles. Os profissionais de saúde devem se esforçar para transmitir as informações sobre a doença que devem ser adequadas, detalhadas e de fácil compreensão. Os autores enfatizam que a informação adequada deve sensibilizar os pacientes no sentido que suas ações ao executarem o tratamento terão um impacto sobre o curso de sua doença e concluem que o fato de envolver o paciente dá-nos a capacidade de programar um plano de tratamento em conjunto com objetivo de melhorar a adesão. Para fazer isso, devemos reconhecer que não existe um tratamento único para todos os pacientes devendo ser individualizado e com orientações simplificadas sempre que possível.

Quanto aos fatores associados aos pacientes há: o nível de educação em saúde, as crenças em relação a sua doença, os fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades e os fatores externos como problemáticas de vida e redes de apoio (FAÉ et al., 2006).

Náfrádi, Nakamoto e Schulz (2017), colocam que o empoderamento em relação ao tratamento age como uma força ativadora que motiva algumas pessoas a levarem seus comportamentos de saúde e gerenciamento de doenças em suas próprias mãos, enfatizando que o empoderamento pode ser concebido como uma disposição pessoal, referindo-se ao controle e participação no tratamento, objetivando a equidade necessária no relacionamento médico-paciente.

Por outro lado, Schulz, Nakamoto (2013) observam que se o alto nível de autonomia do paciente não for acompanhado de um nível igualmente elevado de educação em saúde, o paciente pode estar inclinado à não adesão colocando a sua saúde em risco. Os mesmos autores elencam, também, como fatores que comprometem a adesão terapêutica, a distância da residência aos locais de prestação de serviços de saúde que repercute em ônus financeiro para o deslocamento e o alto custo dos medicamentos e tratamentos.

A não adesão ao tratamento é um dos maiores problemas de Saúde Pública contemporânea, especialmente quando se trata de doenças crônicas, uma vez que aumenta os custos com os cuidados com a saúde, pois diminui a eficácia e aumenta a possibilidade do fracasso do tratamento, eleva a possibilidade de complicações e diminui a qualidade de vida das populações (LIBERATO et al., 2014).

Compreender a adesão dos pacientes é um processo complexo que vai do cumprimento e acompanhamento do tratamento prescrito, incluindo o envolvimento dos pacientes na definição de seu plano de cuidados, a busca do bem-estar e saúde, representada por mudanças no estilo de vida que incluem o comparecimento às consultas e o seguimento das orientações da equipe de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A adesão relaciona-se, também, com a aceitação e com o reconhecimento da doença, para que assim possa haver a adaptação às condições de saúde e a identificação dos fatores de risco, atitudes de vida saudável e do autocuidado (PINOTTI; MANTOVANI, 2008).

Para Oliveira et al. (2014), uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento é a educação em saúde. E conclui que a abordagem multiprofissional, por meio dos diversos saberes dos profissionais envolvidos e a realização de grupos educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença crônica, por se tratar de uma forma de interação entre profissionais e usuários, fazendo com que possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos e estilos de vida.

Seguindo essa linha de pensamento, Vitor (2011), atribui importância às atividades educativas, como também à presença e à participação de outros profissionais, visando o trabalho de uma equipe multidisciplinar em ações interdisciplinares, para contribuir de forma eficaz na adesão ao tratamento de doença crônica.

É importante ressaltar que os indivíduos não são consumidores apenas das orientações, “eles são agentes e coprodutores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória”. (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde assume a corresponsabilidade, tanto das ações do cuidado para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos de doenças, como no controle e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Por meio do conhecimento científico e de seu papel de educador, ele tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento, melhorando sua qualidade de vida (VITOR, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a adesão ao tratamento de pacientes com dor lombar crônica, em uma Clínica de Neurocirurgia em um município do interior paulista.

3.2 Específicos

- Caracterizar sócio demograficamente e clinicamente os pacientes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia.
- Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da Dor Lombar Crônica.
- Elaborar um guia de orientação que facilite a adesão ao tratamento da dor lombar crônica desses pacientes.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem qualitativa. Os estudos transversais permitem dar uma ideia de seccionamento transversal, ou seja, um corte no fluxo histórico do evento, evidenciando as características apresentadas por ele naquele momento (VICTORIA; KNAUTH; 2000).

De acordo com Minayo (1998), a abordagem qualitativa permite compreender o “universo de significados”, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivem determinadas situações”.

A abordagem qualitativa, permite uma visão da complexidade presente nas relações sociais, por meio da flexibilidade, capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pelo fato desta permitir a compreensão de processos sociais ainda pouco conhecidos, além de propiciar a construção de outras abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, bem como, a construção de novas teorias (MINAYO, 2008).

Na análise qualitativa, é levada em consideração a presença ou ausência de determinadas características, num determinado fragmento de mensagens. Os defensores das técnicas qualitativas colocam em xeque a análise frequencial como critério de objetividade e cientificidade e demonstram a preocupação em atingirem, através da inferência, interpretações mais profundas (BARDIN, 1997).

A escolha pela abordagem qualitativa partiu da necessidade na prática diária da pesquisadora, de identificar e compreender a vivência dos pacientes que sofrem com dor lombar crônica, como entendem seu diagnóstico e tratamento no seu cotidiano e na subjetividade de cada um e, por meio dessa interação, caminhar junto com eles na construção do conhecimento sobre o tema.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município paulista de Ribeirão Preto- SP. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, a população do município é de 604.682 habitantes, das quais 99,7% residem na área urbana. A população estimada para o ano de 2017 segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é de 682.302 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Houve um crescimento nos últimos dez anos de aproximadamente 9.976 novos habitantes por ano. Dados do censo IBGE 2010 apontam que 48% da população é do sexo masculino e 52% do feminino, a maior concentração populacional está na faixa etária de 25 a 29 anos (no censo do ano 2000, esta concentração estava na faixa etária de 15 a 19 anos), a faixa etária de pessoas com 80 anos e mais representa 1,89% da população total (em 2000 esta porcentagem era de 1,27%). A base da pirâmide populacional, que é constituída pela faixa etária de zero a quatro anos, também foi alterada, passando de 7,59 % da população total no censo do ano 2000 para 5,92% no censo 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

4.3 Cenário do Estudo

Foi desenvolvida no Centro Integrado de Neurocirurgia (CIN), após autorização do responsável técnico (ANEXO 1). Esta é uma instituição privada, criada em 1988 com o intuito de prestar atendimento aos pacientes com patologias neurocirúrgicas. Atualmente o corpo clínico é composto por 6 neurocirurgiões e uma enfermeira.

Todos os neurocirurgiões são habilitados para realizar tratamentos clínicos medicamentosos nas áreas de neurologia geral e neurocirurgia geral e pertencem à Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Além disso, dois desses profissionais possuem formação específica na subespecialidade Neurocirurgia da Coluna Vertebral e pertencem à Sociedade Brasileira de Cirurgia da Coluna Vertebral e realizam, nos hospitais em que trabalham procedimentos cirúrgicos e invasivos (bloqueios, denervations, rizotomias, implantes de eletrodos, entre outros) para tratamento de dor crônica. Um deles também possui treinamento e capacitação na área de atuação em

dor e pertence à Sociedade Brasileira para Estudos da Dor.

O CIN faz atendimentos em todas as áreas da especialidade de Neurocirurgia (neurocirurgia pediátrica, neoplasias cerebrais, neurocirurgia vascular, epilepsia, neurocirurgia funcional, patologias da coluna vertebral e tratamento da dor). Deste total cerca de 50% são pacientes com problemas da coluna vertebral e com queixas de dor lombar crônica, que necessitam de investigação diagnóstica e tratamento.

A maioria desses pacientes (em torno de 90%) não é submetida ao tratamento cirúrgico e necessita ser acompanhada durante médio e longo prazo para que realize o tratamento conservador adequado (medicamentoso, fisioterapia e orientações quanto a hábitos de vida diários).

No CIN não são realizados procedimentos cirúrgicos ou invasivos, apenas consultas clínicas com o objetivo de diagnóstico e indicação do tratamento.

4.4 Sujeitos do Estudo

Foram considerados participantes da pesquisa, todos os pacientes que procuraram atendimento no referido CIN com patologias da coluna vertebral, no período de 6 meses (Fevereiro a Agosto), referente ao ano de 2017.

Foram utilizados como critérios de inclusão pacientes com diagnóstico médico de dor lombar crônica específica e inespecífica há pelo menos seis meses, com a capacidade de expressão e comunicação preservadas, maiores de 18 anos, que aquiesceram participar da pesquisa.

O recrutamento dos participantes foi feito, pela pesquisadora, por meio de convite verbal. O processo do seu consentimento para a pesquisa foi realizado por meio de leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ANEXO 2). Para os que aceitaram o convite; a pesquisadora realizou essa leitura após a consulta médica e antes da entrevista, momento em que os participantes puderam esclarecer suas dúvidas individualmente. Tendo em vista esses critérios, 21 pacientes tornaram-se participantes deste estudo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em sala privativa no próprio CIN.

4.5 Procedimentos de Coleta

4.5.1 Instrumento para coleta de dados

Na identificação dos sujeitos, visualizamos por meio dos cadastros das fichas individuais e elegemos, sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, ocupação, índice de massa corporal (IMC), tempo de dor e prática de exercício físico.

As entrevistas, por meio de questões apresentadas no ANEXO 3, foram gravadas e transcritas por um pós-graduando dessa Universidade após finalizadas, as entrevistas foram revisadas pela pesquisadora. O número aproximado de páginas transcritas se deu em torno de setenta. O tempo médio de cada entrevista individual, foi de vinte minutos. Cada entrevistado, para não ser identificado, recebeu uma identificação por letras e números, sendo esta letra “E” de “Entrevistado”, seguida pelos números de 1 a 21.

4.5.2 Entrevista Semi Estruturada

Para Queiroz (1988), a entrevista semi estruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e deve ser dirigida de acordo com seus objetivos. Desse modo, a vida do informante só interessa aquilo que vem a inserir-se diretamente no domínio da pesquisa. A autora considera que, por essa razão, existe uma distinção nítida entre narrador e pesquisador, pois ambos envolvem-se na situação de entrevista, movidos por interesses diferentes.

Essa ferramenta é uma das melhores formas de coleta de dados, pois o informante pode seguir, espontaneamente, a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando, assim, na elaboração do conteúdo da pesquisa. Na utilização da entrevista semi estruturada, além de se valorizar a presença do investigador, são oferecidas todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1994).

Minayo (1998) refere que a entrevista semi estruturada persegue vários objetivos:

- a descrição do caso individual;
- a compreensão das especificidades culturais mais profundas do grupo;
- a comparabilidade de diversos casos.

Essa autora ressalta ainda que a entrevista tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. A entrevista é uma fonte de informação de duas naturezas de dados: “objetivos”, que se referem aos fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censo, registros civis, atestados de óbitos, etc. e dados “subjetivos”, isto é, suas atitudes, valores e opiniões.

A entrevista semi estruturada foi realizada pela pesquisadora em uma sala privativa do CIN, após a consulta médica e constou de coleta de dados sócio demográficos e clínicos dos prontuários eletrônicos e de perguntas aos participantes do estudo as quais abordaram a compreensão quanto ao diagnóstico e ao tratamento além de uma pergunta “aberta” para que eles pudessem expressar suas percepções sobre a dor lombar crônica no seu cotidiano. Os dados sócios demográficos e clínicos, foram coletados pelo testemunho verbal do paciente e reconferidos no prontuário médico, no momento da entrevista.

4.5.3 Fonte documental

Ludke e André (1986, p.39) recomendam a análise documental em algumas situações, seja para desvelar novos aspectos de um problema, ou de um tema, seja para complementar as informações obtidas por outras técnicas. São considerados, ainda, pelos autores “quaisquer escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano [...] estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas, estatísticas”. Ainda eles recomendam que o uso desta estratégia também possa ser, fundamentada “quando o acesso dos dados é problemático, seja porque o pesquisador tem limitação de tempo e deslocamento, quando se pretende ratificar e validar informações” [...] nossa confiança em que os resultados reflitam mais o fenômeno em que estamos interessados”.

4.6 Análise dos Dados

Os dados do estudo foram transcritos e analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1997). Esta técnica é definida da seguinte forma:

Um conjunto de Técnicas e Análise das Comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção variáveis inferidas desta mensagem (BARDIN, 1997, p. 42).

Formalmente, a análise de conteúdo desenvolveu-se no início deste século, nos Estados Unidos, destinada a interpretar essencialmente material jornalístico, com rigor científico. No início, apresentava um caráter estritamente quantitativo, uma vez que utilizava o cálculo da frequência com que determinados elementos apareciam nos textos para chegar à inferência (BARDIN, 1997).

Minayo (2008) explica que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

No presente estudo, a análise dos dados será efetuada por meio de análise de conteúdo na modalidade de **análise temática**, que consiste em apreender os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, para descobrir as unidades de significação presentes nas respostas dos participantes pesquisados.

A técnica de análise de conteúdo compreende algumas fases. A pré-análise, que consiste em: a escolha dos documentos que serão submetidos à análise e a formulação de indicadores que fundamentam a interpretação final. Na pré-análise, organizamos o material, corresponde à um período de intuições, que tem objetivo sistematizar as ideias iniciais e torná-las operacionais, de modo a conduzirmos a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pré-análise é dividida em três etapas a saber:

- Leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contato com os documentos, deixando se invadir por impressões, ou refere Minayo (2008), deixando impregnar pelo conteúdo.
- Construção do corpus, que é a organização do material, de forma que

responda às normas de validade. Para tanto, a sua constituição implica, muitas vezes, em escolher, selecionar e definir regras, tais como a exaustividade (que contenha a representação do universo pretendido), a homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha de temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

- Formulação de pressupostos e objetivos, em que se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização, a codificação, e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A próxima fase, denominada como exploração do material, consiste na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase trabalha-se, inicialmente, com recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise.

Nesta última fase realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação: os resultados brutos são tratados de forma a se apresentarem significativos e válidos.

A opção desta escolha da análise de conteúdo se deu por entendermos que os participantes do estudo tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de maneira flexível, possibilitando uma leitura mais subjetiva.

Para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a etapa empírica foi utilizado o critério de saturação (POLIT e HUNGLER, 1995), quando se considerou que as informações se mostraram reincidentes e deram mostras de exaustão.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c) e tendo como aprovação o protocolo CAAE: 63137816.0.0000.5393.

Após a apresentação da proposta de trabalho, e realizados os devidos esclarecimentos aos participantes do estudo, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3). Foi garantido o sigilo das informações e da identidade dos participantes do estudo e a possibilidade de declinar da participação a qualquer momento, sem prejuízo algum, assim como demais preconizações contidas na Resolução 196/96 do Conselho de Saúde, atualizada pela Resolução 466/2012. (BRASIL, 2013c).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos sujeitos

A tabela a seguir mostra a caracterização dos participantes segundo: sexo, idade, cor, profissão, situação: ocupado, afastado ou aposentado, escolaridade, situação conjugal, peso, altura, IMC e tempo de dor. Para o cálculo do IMC utilizamos a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso(Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Tabela 1 - Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo as características sócio demográficas e clínicas. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

IDADE	SEXO	COR	PROFISSÃO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL (APOSENTADO, AFASTADO OU ATIVO)	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	PESO	ALTURA	IMC	TEMPO DE DOR
71	F	branca	professora	aposent.	superior	viúva	83	1,68	29,41	5 anos
54	M	branca	empresário	ativo	superior	viúvo	120	1,9	33,24	6 meses
67	F	branca	do lar	ativa	superior	casada	57	1,57	23,12	6 meses
41	M	branca	farmacêutico	ativo	superior	casado	101	1,8	31,17	1 ano
53	M	branca	eletricista	afastado	ens. médio	casado	68	1,8	20,99	3 anos
49	F	branca	do lar	ativo	ens. médio	casada	66	1,65	24,24	7 anos
26	M	branca	op. máquina	ativo	ens. médio	solteiro	98	1,87	28,02	3 anos
58	F	branca	do lar	ativo	ens. médio	casada	66	1,63	24,84	1 ano
54	M	branca	enfermeiro	ativo	superior	divorciado	99	1,74	32,70	6 anos
44	F	branca	vendedora	afastada	ens. médio	casada	72	1,57	29,21	1 ano
48	F	parda	secret. de escola	afastada	ens. médio	casada	55	1,53	23,50	7 anos
34	F	branca	aux. biblioteca	afastada	ens. médio	casada	94	1,7	32,53	4 anos
35	F	branca	do lar	ativa	superior	casada	70	1,58	28,04	1 ano
56	F	branca	do lar	ativa	ens. médio	casado	64	1,65	23,51	1 ano
78	F	branca	do lar	ativa	fundamental	casada	71	1,6	27,73	1 ano
34	M	branca	vendedor	afastado	ens. médio	solteiro	80	1,79	24,97	2 anos
55	M	branca	téc. manut. predial	ativo	superior	casado	82	1,76	26,47	9 anos
42	F	branca	advogada	ativo	superior	divorciada	80	1,66	29,03	1 ano
49	M	parda	motorista	ativo	fundamental	casado	86	1,75	28,08	6 meses
74	M	branca	cir. dentista	aposent	superior	casado	77	1,69	26,96	4 anos
51	F	branca	do lar	ativo	superior	divorciada	88	1,69	30,81	1 ano

Figura 1 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Neste estudo, tem-se uma predominância do sexo feminino sobre o masculino em consonância com as investigações de Oliveira et al., 2008; Tejedor et al. 2014; Anandami et al. 2015 e que também apontam esses resultados. Em um levantamento realizado pelo IBGE, na população brasileira, as mulheres tiveram maior proporção 21,1% de diagnóstico médico de problemas crônicos de coluna do que os homens 15,5% (PNAD, 2010).

O fato de que cada vez mais mulheres combinarem as tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, expõem-nas às cargas ergonômicas extras, aumentando o risco para desenvolverem dor lombar. Deve-se levar em consideração as características anátomo-funcionais femininas como menores massas musculares e óssea, articulações mais frágeis, maior massa de gordura e fatores hormonais, que tornam as mulheres mais vulneráveis a dor lombar. Acredita-se também que o significado da dor pode ser influenciado por normas sociais e culturais que permitem à mulher a expressão ou manifestação de dor, enquanto encorajam os homens a desconsiderá-la, uma vez que a insensibilidade ou firmeza diante da dor pode servir como parâmetro ou medida de virilidade. A gravidez e o pós-parto são considerados fatores explicativos de maior prevalência de dores na coluna entre mulheres (FERREIRA, 2011).

Figura 2 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo a idade. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

DISTRIBUIÇÃO POR IDADE

A faixa etária mais acometida neste estudo (40 a 59 anos) pode ser explicada pelas mudanças que ocorrem no organismo devido ao processo de envelhecimento, como problemas posturais, redução da flexibilidade, maior degeneração osteomuscular e, conseqüentemente, agravamento da dor. Além disso, a dor na coluna encontrada em adultos de meia-idade e faixa etária economicamente ativa, pode estar associada às atividades laborais (MALTA et al., 2017).

Por acometer os indivíduos em idade produtiva e em consequência, ocasionar falta ao trabalho, resultando em transtornos organizacionais e econômicos, o trabalhador que exerce suas atividades profissionais com dor compromete seu desempenho e qualidade de vida (SÁ et al., 2009; FERREIRA et al., 2011; MALTA et al., 2017). Esses estudos não possuem muita similaridade com Almeida et al. (2008) em que foram identificadas diferenças estatisticamente significantes de DLC entre os maiores de 60 anos (18,3%); entretanto possuem alguma coincidência com as informações de Helfenstein Júnior; Goldenfum; Siena (2010), os quais explicam que a dor lombar, um dos principais motivos de consultas médicas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas está presente, em geral, em homens acima de 40 anos e em mulheres entre 50 a 60 anos de idade.

Braga et al. (2012), explicam que a dor lombar atinge a população em idade

economicamente ativa, causando um grande impacto na saúde, constituindo-se, assim, em uma das causas de absenteísmo. KOERICH, 2016 complementa que a incapacidade gerada pela dor nessa fase da vida acarreta uma maior procura pelos serviços de saúde pelas limitações funcionais que a dor acarreta, principalmente durante o trabalho e muitas atividades profissionais podem estar relacionadas com as queixas de dor lombar.

Em relação ao estado civil, observou-se que 9,5% são solteiros, 66,7% são casados, 14,3% são divorciados e 9,5% são viúvos.

Figura 3 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo o estado civil. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Estudos realizados por Silva, Fassa, Valle (2004), e Costa et al. (2015), analisam que o estado civil do indivíduo é um marcador de risco para a dor lombar, podendo se relacionar a maiores exposições ergonômicas no ambiente de trabalho e em domicílio.

Investigação realizada em Salvador, Bahia, por Almeida et al. (2008) com 2.297 indivíduos mostrou que as pessoas com escolaridade baixa apresentaram prevalência maior de lombalgia quando comparados com os demais indivíduos da população; porém essa associação não se confirmou na presença do hábito de fumar e nem do estado civil.

Figura 4 - Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo a escolaridade. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Os resultados encontrados apontam um predomínio do nível de escolaridade superior, seguido do ensino médio. Esses dados diferem do levantamento realizado pelo IBGE (2013d) no qual a proporção de indivíduos com queixa de DLC foi significativamente maior entre as pessoas sem instrução e com o ensino fundamental incompleto do que nas demais categorias de escolaridade. Esse fato pode ser resultado de profissões que demandam trabalhos mais extenuantes necessitando de mais esforços físicos.

Os resultados do presente estudo também diferem do estudo realizado em Salvador (Bahia), em que a prevalência de dor lombar crônica na população foi de 14,7% com escolaridade baixa (17,4%) em relação às demais categorias (ALMEIDA et al., 2008).

Figura 5 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo a cor da pele. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

No presente estudo, quase a totalidade dos participantes declararam-se como tendo a cor branca.

Em estudos realizados por Webb et al. (2003), Sá et al. (2009), tanto a raça como a etnia não são referidas como fatores associados à presença de dor crônica (SÁ et al., 2009). Almeida et al. (2008), não tiveram associação entre dor lombar e a raça. Malta et al. (2017 apud OLIVEIRA et al., 2015), explica que na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) (PNS) as mulheres pardas apresentaram maior proteção para dor na coluna, embora no estudo de Almeida et al (2008), a maioria dos participantes era do sexo feminino, com cor da pele parda (43,4%), mas sem relação desta cor com a dor em questão.

Quanto ao IMC, neste estudo utilizou-se a classificação da *World Health Organization* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). Este índice foi calculado com o peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura em (metros) e categorizados com base na classificação da tabela mostrada na sequência.

Tabela 2 - Classificação do Índice de Massa Corporal da *World Health Organization* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

IMC	Classificação
< 16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I
35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
> 40	Obesidade Grau III (mórbida)

Figura 6 - Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo a classificação do Índice de Massa Corporal. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Os dados anteriormente apresentados demonstram que nos participantes deste estudo há o predomínio de sobrepeso em consonância com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em que aproximadamente 56% dos homens e 49% das mulheres estão com sobrepeso, ou seja, praticamente metade da população nacional. Em relação à obesidade estes valores chegam à casa dos 17,6 e 18,2%, respectivamente (BRASIL, 2015).

Analisando ainda os resultados desse estudo, chama atenção a soma entre sobrepeso e obesidade grau 1, totalizando 66,7% dos entrevistados em situação de risco de obesidade e predisponentes para manutenção do quadro de dor.

Sabe-se que a obesidade é um elemento que tem sido associado com a dor lombar. Na pesquisa de Almeida et al. (2008), os autores avaliaram a obesidade central (circunferência abdominal), constatando que as pessoas investigadas que tinham medida maior que 80 cm mostravam associação com a lombalgia, sugerindo-se que a obesidade central correlaciona-se com alterações músculo esqueléticas, as quais favorecem o desenvolvimento desta algia.

Outros estudos, embora apontem que a obesidade é um dos fatores predisponentes para desenvolver DLC, entretanto, alertam não existir uma relação de causalidade entre ela e DLC (SURI et al., 2017).

Para Silva, Fassa e Valle (2004), explicam que quando há uma carga extra cuja estrutura osteo-músculo-articular é obrigada a sustentar, esta pode alterar o equilíbrio biomecânico do corpo e, conseqüentemente, aumentar o risco de DLC em pessoas com sobrepeso e obesidade. Explicação semelhante é a de Almeida et al. (2008) para quem o sobrepeso desequilibra biomecanicamente o corpo, propiciando a alteração do eixo de gravidade e, conseqüentemente, aumentando a solicitação da musculatura antigravitacional, podendo propiciar o aparecimento das dores lombares.

Na realidade em que se encontra a população brasileira, Soares et al. (2014) analisam que o Brasil vive um período de transição epidemiológica, com mudança no perfil de Saúde Pública, com predomínio de doenças crônico-degenerativas sem, no entanto, resolver as doenças infectocontagiosas. Tal transição apresenta-se concomitante às alterações demográfico-nutricionais, sendo que a desnutrição diminui à medida que a obesidade eleva-se em proporções epidêmicas e, em conseqüência, a desnutrição como causa de morbimortalidade cede espaço para a obesidade como problema de saúde pública caracterizando-se por padrões de vida inadequados provenientes de consumo alimentar hipercalórico e sedentarismo.

A obesidade também tem se revelado como importante desafio na Europa e Estados Unidos, com rápido crescimento entre os grupos de menor nível de renda e escolaridade (LORING, ROBERTSON, 2014).

A figura 7 apresenta a distribuição das categorias profissionais descritas neste estudo. A categoria do lar foi relatada por 33,3% dos participantes, profissional liberal por 19%, profissional do ensino 14,3%, dos serviços de manutenções gerais 14,3%, vendedor 9,5%, motorista 4,8% e enfermeiro 4,8%.

Figura 7 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo as suas profissões. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Os dados mostram predomínio da categoria do lar, representadas por mulheres que desempenham uma função de caráter diário e repetitivo, sem adaptações ergonômicas, expostas aos diversos riscos inerentes a esse tipo de trabalho, pouco reconhecido dentro da família, da sociedade e sem amparo de políticas públicas.

Estudos de Malta et al. (2017) entre as categorias associadas à maior prevalência de dor crônica de coluna apareceu as atividades pesadas no trabalho ou as tarefas no domicílio, configurando-se como atividades domésticas, assim como o aumento do tempo gasto com elas.

No estudo de Rios e Nery (2015) entre trabalhadores informais do comércio, a lombalgia e a hipertensão arterial foram as morbidades mais autoreferidas.

Entre as atividades dos participantes com DLC deste estudo, estão aquelas desenvolvidas por trabalhadores de enfermagem.

Estudo realizado com esses trabalhadores objetivou identificar os fatores ocupacionais associados à lombalgia e caracterizá-la pela resistência dos músculos extensores lombares, entre profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva; evidenciou que os principais fatores ocupacionais associados identificados foram postura e características de condições físicas e organizacionais; além disso, os extensores da coluna mostraram tendência a apresentar menor resistência entre as profissionais com dor (PETERSEN; MARZIALE, 2014).

Investigação avaliou a associação de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) com os distúrbios osteomusculares (DORT) entre 211 profissionais de enfermagem que trabalham em bloco cirúrgico. Desses participantes, 38,9% apresentavam queixas osteomusculares na região inferior das costas e 37,9%, na região dos ombros; a associação entre QVT e presença de distúrbios osteomusculares revelou que os profissionais com presença de problemas osteomusculares apresentam pior valor para a medida de QVT; a ausência de dor lombar obteve o maior efeito sobre essa medida, aparecendo como preceptor significante dessa QVT (SCHMIDT; DANTAS, 2012).

O impacto da DLC não afeta somente os serviços de saúde, pois a alta prevalência de pessoas em idade economicamente ativa também gera grande impacto econômico em função do grande número de faltas e afastamentos do trabalho. O impacto econômico atinge os indivíduos por meio das limitações profissionais causadas pela doença; os empregadores, que perdem sua mão de obra; e ainda, o governo, com os gastos com a previdência social (KOERICH, 2016).

Martins e Mendes (2012), trazem uma interessante reflexão no sentido em que o trabalho tem se constituído um dos principais modos de produção da existência social, com repercussões diretas sobre a condição de saúde dos trabalhadores. As

constantes e aceleradas transformações no mundo do trabalho contemporâneo, trazendo inevitáveis consequências para a saúde, ampliam, enquanto tornam mais complexa, a investigação e o tratamento do sofrimento, da dor e do desconforto físico e psíquico, presentes nas relações entre trabalho e saúde.

Figura 8 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo a situação ocupacional. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21).

Neste estudo, identificou-se que 67% dos pacientes continuaram exercendo suas atividades laborais, mesmo em tratamento de DLC.

Este resultado aproxima-se dos encontrados por Costa et al. (2015), reportando que as atividades domésticas exigem grandes demandas físicas capazes de provocar desgastes musculoesqueléticos. Alguns dos principais fatores etiológicos da dor lombar são posições forçadas, carregar peso excessivo, movimentos repetitivos e alto ritmo de trabalho (BARBOSA et al., 2011).

Destaca-se que aproximadamente 23,8% dos participantes deste estudo, encontravam-se afastados da sua atividade profissional, por causa da incapacidade provocada pela DLC e 9,5% dos participantes estão aposentados.

Os fatores de riscos profissionais mais identificados para desenvolvimento de DLC são os ergonômicos, a adoção de posturas estáticas por períodos prolongados de tempo, movimentos repetitivos, levantar e carregar peso, agachamento, movimentos de torção e inclinação do tronco, das condições de

funcionamento dos equipamentos disponíveis, bem como das formas de organização e de execução do trabalho (DAGENAIS; CARO; HALDEMAN, 2008; HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função de custos agregados, afastamentos do trabalho, perda de produtividade, o que contribui para o empobrecimento das famílias (MALTA et al., 2013).

Para Helfenstein Junior; Goldenfum; Siena (2010), por acometer a população economicamente ativa, estar relacionada aos quadros de incapacidade laborativa, trazer sofrimento aos pacientes e familiares, acarretar custos decorrentes da perda de produtividade, dos dias não trabalhados, de encargos médicos e legais, do pagamento de seguros e de indenizações por invalidez, a lombalgia ocupacional não deve ser analisada somente como uma questão médica, mas também como uma questão socioeconômica.

Figura 9 – Distribuição dos participantes com queixa de dor lombar de um serviço de Neurocirurgia, segundo o tempo de existência da dor. Ribeirão Preto, SP, 2017 (n=21)

Em relação ao tempo de dor pode-se constatar neste estudo o impacto que a DLC pode acarretar no cotidiano dos pacientes, pois chama atenção a somatória entre: 1 a 5 anos (62%) e acima de 5 anos (19%) totalizando 81% dos pacientes em tratamento por um longo período.

Sobre este aspecto Kreling, Cruz e Pimenta (2006) referem que a dor crônica, leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração; e concluem que a persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podendo exacerbá-los. Esses dados trazem a reflexão o quanto a permanência do quadro doloroso, por muito tempo, pode interferir na qualidade de vida desses pacientes, podendo promover o isolamento social, e o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão.

5.2 Prática de atividade física

A Organização Mundial da Saúde (2014), define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. O termo "atividade física" não deve ser confundido com "exercício", que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico. A atividade física moderada e intensa traz benefícios para a saúde.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), a inatividade física está crescendo em muitos países, aumentando o impacto das doenças crônicas não transmissíveis e afetando a saúde geral mundo afora. Pessoas pouco ativas têm entre 20% a 30% mais risco de morte quando comparadas com aquelas que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada na maioria dos dias da semana.

No caso de dores lombares crônicas, exercícios físicos orientados são relevantes para o tratamento. A maioria dos episódios dessas dores deve ser tratada prontamente e de forma eficaz, a fim de se prevenir sua cronificação (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

No presente estudo, apenas 23,8% dos entrevistados, relataram realizar

exercício físico regularmente, enquanto que 76,2%, informaram não fazer qualquer tipo de atividade física. As principais atividades relatadas, foram: Hidroginástica, Pilates e Caminhadas.

Para Helfenstein Junior; Goldenfum; Siena (2010), pacientes com lombalgia crônica podem apresentar comportamentos distorcidos resultantes de crenças e sentimentos vivenciados e essa atitude reflete também na prática de exercício físico; Os mesmos autores trazem a definição do termo cinesiofobia como o medo excessivo e irracional do movimento e da atividade física que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão. Pode levar à inatividade e o medo da dor tornar-se mais provocativo que o próprio movimento realizado.

Estudo de Carey, Freburger (2016), traz evidências que grupos ativos têm menor probabilidade de lesões e dores na coluna lombar, se comparados aos grupos sedentários.

Quando a dor lombar já está instalada, a prática de exercícios direcionados tem apresentado bons resultados, quanto à diminuição da intensidade da dor, bem como na melhora da funcionalidade (SOARES et al., 2016). Sabidamente, exercícios físicos são eficazes no tratamento da lombalgia crônica e na redução da incapacidade (HELFFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

5.3 Unidades temáticas

Adesão Terapêutica coloca-nos desafios teóricos e estratégicos na construção de novas práticas. A partir do referencial teórico proposto, passamos a analisar como os fundamentos da Adesão Terapêutica estavam presentes na ótica dos entrevistados e elegemos unidades temáticas que emergiram da análise, sendo elas: diagnóstico, tratamento e novas formas de cuidar centrando na atenção ao usuário.

Figura 10 – Unidades temáticas e categoria empírica

5.3.1 Adesão terapêutica de dor lombar crônica e sua potência na perspectiva do diagnóstico

Aspectos do Diagnóstico:

Como definição atual e conceitual, na medicina, o diagnóstico é a parte da consulta médica, ou do atendimento médico, voltada à identificação de uma eventual doença. Um conjunto de dados, formado a partir de sinais e sintomas, do histórico clínico, do exame físico e dos exames complementares (laboratoriais, etc...), é analisado pelo profissional de saúde e sintetizado em uma ou mais doenças. A partir dessa síntese, é feito o planejamento para a eventual intervenção (o tratamento) e/ou uma previsão da evolução (prognóstico), baseados no quadro apresentado (INFOPÉDIA, 2017).

Em relação à dor lombar crônica, a formulação do diagnóstico deve fundamentar-se na história clínica passada e presente do paciente, ou seja, na anamnese, no exame físico, na evolução do quadro clínico e na interpretação crítica dos exames complementares, porventura necessários sejam estes exames de laboratório, registros gráficos ou métodos de imagem (REZENDE, 2009).

Acrescentam Helfenstein Junior; Goldenfum; Siena (2010) que diante da elevada prevalência de alterações presentes em exames de imagem de pessoas assintomáticas, torna-se essencial a correlação dos achados no exames de imagem com as informações colhidas na anamnese e no exame físico do paciente.

A abordagem da DLC, todavia, pode ser difícil por conta da inexistência de uma fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem. O fato do segmento lombar ter uma difusa e entrelaçada rede de nervos, nem sempre permite estabelecer, com exatidão, o local de procedência da DLC. Assim, a caracterização etiológica da dor lombar é um processo que exige uma abordagem propedêutica que inclua história clínica, exame físico e exames complementares (BRAZIL et al., 2004).

O paciente que sabe qual é a estrutura anatômica acometida e quais são os fatores que podem lhe causar danos obterá melhores resultados do que aquele que efetua o tratamento sem a menor explicação médica (CECIN et al., 2008). O médico deve evitar a postura de direcionar suas perguntas somente para os sintomas localizados na região lombar; seus questionamentos precisam ser ampliados a fim de detectar, com mais precisão, a real origem da dor e caracterizar a presença de sintomas não orgânicos (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

Assim, no presente estudo, analisamos que a unidade temática sobre diagnóstico foi verbalizada na maioria das vezes pelos participantes, explicitando uma certa compreensão sobre o problema relacionado à dor lombar crônica.

... é, são os discos, nós temos os discos da coluna né? ...e dois dos discos, um escorregou e tá em cima do outro, onde está causando minha dor lombar. E13,

...o que eu tenho. É crônico, antigo, crônico e é isso daí. Eu tenho duas vértebras amassadas...por conta desta disfunção da lombar...e agora é mais o nervo ciático. E3

...eu comecei tratando de hérnia de disco, L4/ L5, L5/S1...a princípio foi feito só uma denervação da L4/L5...fiquei bem, durante seis meses e aí ela voltou...aí tive que fazer artrodese...aí fiz na L4/L5, só que na L5/S1 também tinha uma hérnia...E12

Não foram evidenciadas dificuldades sobre a compreensão da causa ou sintomas vividos pelos entrevistados.

Nos exemplos anteriores, identificou-se que os depoentes verbalizaram com clareza sobre os problemas, cada um dentro da sua compreensão; entretanto fica claro o quanto o paciente está envolvido com seu problema seja pelo convívio com a sintomatologia ou pelo tempo de tratamento que é submetido ou em decorrência das orientações recebidas no momento do atendimento.

Nessa situação nota-se a importância da relação entre profissional de saúde e paciente e que uma clara e detalhada explicação do diagnóstico, opções de tratamento e as várias possibilidades de evolução da doença, influenciam na compreensão do paciente de suas limitações e de suas possibilidades, colaborando para uma boa evolução do quadro. O tempo gasto com o máximo de informações pertinentes fornecidas ao paciente não é perdido.

5.3.2 Adesão terapêutica de dor lombar crônica e sua potência na perspectiva do tratamento medicamentoso

A eliminação dos fatores de risco, a terapia medicamentosa, a fisioterapia e a reeducação do paciente são os alicerces para o tratamento da dor lombar (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

O tratamento medicamentoso da DLC, após afastadas as causas específicas como neoplasias, fraturas, doenças infecciosas e inflamatórias, deve ser centrado no controle sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional, o mais rapidamente possível (BRAZIL et al., 2004).

O tratamento farmacológico continua sendo a opção terapêutica inicial para o tratamento da dor. A escolha do fármaco adequado, para cada caso, ainda apresenta certas dificuldades devido à ineficácia de certos fármacos e/ou aos efeitos adversos associados aos fármacos eficazes nas doses preconizadas. Vários pacientes necessitam de mais de um fármaco. As associações de fármacos com atuações diferentes no mecanismo da dor bem como em comorbidades como alterações do sono e do humor, podem beneficiar a qualidade de vida do paciente (STUMP; KOBAYASHI; CAMPOS, 2016).

Diante de um processo inflamatório o tratamento requer medicação anti-inflamatória; neste sentido o uso de corticoides beneficia pacientes com quadro de

herniação discal e comprometimento radicular. Relaxantes musculares em associação com outros analgésicos e anti-inflamatórios trazem benefícios adicionais no alívio da dor; antidepressivos tricíclicos são efetivos em casos de dor lombar crônica, mesmo quando não associados à depressão (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

Os fármacos mais comumente prescritos para dor lombar, incluem os analgésicos simples, os anti-inflamatórios não esteroides (AINES), os relaxantes musculares, os opióides e os antidepressivos (MILLER, 2012). O tratamento individualizado necessita abordagem com múltiplas modalidades, combinando medicamentos de diferentes mecanismos (MORLION, 2011).

Há variadas abordagens não medicamentosas que são utilizadas no tratamento da dor lombar. Grande parte dessas ainda é contraditória e inconclusiva (FRASSON, 2015).

...entendi a receita, tomo o remédio e tudo bem...E15

...já tomei vários medicamentos para a dor e melhorava sim...E08...

...medicações me ajudam mas hoje tomei meio comprimido de manhã...E20

...a medicação me ajudou sim...E04

Os fragmentos das falas transcritos das entrevistas anteriores, revelam que a medicação ajuda no seu processo de dor crônica. Como já mencionado, o tratamento medicamentoso ainda é hegemônico no início dos sintomas da DLC e, após o alívio da dor será possível planejar e dar seguimento ao tratamento e reabilitação.

Encontramos mais exemplos que evidenciaram outras reflexões sobre possibilidades e dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso.

...eu tomo assim...quando vem as dores meio fortes que não vou aguentar, eu tomo e tenho que ir para o 24 horas, eu tomo remédio e deito...E07

As falas anteriores mencionadas relatam o uso de medicação no momento da crise de dor e revelam a busca pelo pronto atendimento e sua assistência nos momentos mais agudos, ainda associando a medicação com o repouso. O participante E7 parece tentar uma convivência com o problema, com a alternância de medicamentos e repouso.

A seguir, a identificou-se que a combinação de vários medicamentos na fase aguda da dor parece promover alguns efeitos colaterais, o que demonstra um elemento dificultador para a adesão terapêutica.

...não sei falar, tomei dois anti-inflamatórios diferentes. Agora não me ajuda mais...da primeira vez sim...E21

...tomei tudo quanto foi tipo de remédio para dor...antidepressivo, para tudo. Teve alguns muito forte...fico com a cabeça meia... E06

Além dos efeitos colaterais, os pacientes reclamam sobre o custo da medicação.

Sabe-se que os custos da dor crônica para a sociedade são consideráveis, pois tanto os custos médicos diretos como a perda de produtividade afetam a situação econômica, sendo que tais custos também dependem da causa da dor crônica (VLAINICH et al., 2010).

O custo para o tratamento destes pacientes também parece indicar uma barreira para alguns deles.

.... a única medicação que eu não segui de verdade, é a que um neurologista da Unicamp me deu...que o tratamento de 30 dias custava R\$ 700,00 quase 800 na época, isso eu tô falando de 5 anos atrás. E 9.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), trazem que o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população brasileira, em 2016, foi R\$ 1.226,00 (um mil, duzentos e vinte e seis reais) na média do país e no estado de São Paulo, R\$ 1.723,00 (um mil, setecentos e vinte e três reais). A transcrição da fala anterior, traz uma reflexão sobre o valor deste tratamento, que pode ser avaliado

como sendo de um custo considerável, se analisado o planejamento financeiro familiar da maioria das famílias brasileiras, contribuindo na somatória para dificuldades de adesão ao tratamento.

Estudo que objetivou avaliar os custos mensais médios dos medicamentos para tratamento ambulatorial da dor crônica analisou o custo de medicamentos empregados por 233 pacientes com esse tipo de dor (117 com dor nociceptiva, 59 com dor neuropática e 57 com dor mista) atendidos entre 2004 a 2008. Foram analisados os custos mensais para o controle da dor crônica de pacientes tratados de forma regular e que aderiram à terapêutica e consultas. Identificou que a média de custos geral foi de R\$127,74 (custo mínimo de R\$5,00 e máximo de R\$780,00) e que tais custos não diferem, de forma significativa, levando-se em conta o tipo de dor envolvida (VLAINICH et al, 2010).

Neste exemplo apresentado na sequência, depara-se com uma situação mais difícil ainda. O entrevistado revela um desconto posterior no salário para seu tratamento, inviabilizando seu orçamento.

.... o custo, porque pelo convênio eu não pago no ato, mas como eu fiquei afastado um ano e pouco quando eu precisava passar pelo médico da minha cidade, eu não pagava, mas quando eu voltei agora, descontaram tudo de uma vez, tipo assim...tinha vez que eu nem recebia salário.....E16

Conforme já citado anteriormente, a DLC provoca afastamento e dificuldades com a realização do trabalho, considerando que no Brasil existem muitas formas de contratos de trabalho, o que às vezes mediante uma necessidade de afastamento revela precariedade em promover uma seguridade para os brasileiros.

A nova lei trabalhista Lei nº 13.467, de 13 de Julho de 2017 em vigor desde 11/11/2017, inspira preocupações diante das novas mudanças sobre afastamento e/ou incapacidades, devendo o trabalhador cumprir carência no mínimo de 12 meses de contribuição, o que pode complicar, ainda mais, a situação dos portadores de vários acometimentos físicos, incluindo-se os portadores de DLC (BRASIL, 2017).

...o Dr. falou pra mim que eu poderia fazer hidroterapia, só que eu não tenho como pagar, o convênio não dá. Se eu tivesse o afastamento

pelo INSS, porque eu pago como autônomo, era um dinheiro que ajudava a fazer a hidroterapia, só que negaram os quatros afastamentos. E6

Procedimentos percutâneos para tratamento de dor lombar crônica:

Também chamados de bloqueios lombares são procedimentos que se situam na dinâmica do tratamento da dor lombar, entre o tratamento conservador e o tratamento cirúrgico. Podem ser chamados também de procedimentos minimamente invasivos, uma vez que são constituídos de punções guiadas por radioscopia, são procedimentos amplamente empregados como técnica de terapia intervencionista para o tratamento de dor. Esta terapia fornece alívio quase imediato da dor e possibilidade de tratamento para a dor de causa discogênica como nas radiculopatias lombares (SOUZA; NICOLAU; LONGO, 2011).

Entendem Helfenstein Junior; Goldenfum; Siena (2010), que a infiltração epidural com glicocorticoides, anestésicos ou opioides é uma opção no manejo da dor radicular aguda após falha no tratamento conservador.

Em um estudo prospectivo realizado por Silva et al. (2011), os autores chegaram à conclusão que o tratamento proposto de bloqueio facetário é efetivo, minimamente invasivo, de fácil realização e seguro, podendo ser uma arma útil no arsenal terapêutico para o tratamento da DLC, quando indicado, em casos devidamente diagnosticados.

Souza; Nicolau; Longo (2011), reforçam a reflexão que as infiltrações epidurais não alteram o curso do processo evolutivo da doença, mas podem oferecer um alívio da dor nos pacientes selecionados, sendo de importante ajuda para iniciar o tratamento de reabilitação.

Os exemplos a seguir repetem o raciocínio de que para alguns o procedimento não é satisfatório, mas para outros o bloqueio chega como forma de alívio e melhoria de qualidade de vida.

...estou tomando remédios fortíssimos, já fiz vários bloqueios e outros remédios...E01

...fiz quatro bloqueios, fica vinte dias bons, quase sem dor, mas volta...E03

...cheguei a fazer bloqueio e ficou muito bom, ele disse que talvez pudesse ficar ainda alguma dor e ficou, mas a dor é suportável, então às vezes doía um pouco mas passou mais de um ano muito bom...E20

...eu fiz bloqueios também antes da cirurgia...E12

...eu vou fazer outro bloqueio...já fiz um...no primeiro dia não ajudou, mas depois já fui fazer caminhada porque meu corpo pede. E13

Para ajudar na compreensão dos pacientes quanto a evolução de seu tratamento, utiliza-se na clínica, a “escada de tratamento” modificada da escada de tratamento medicamentoso para dor elaborada pela *World Health Organization* (1995). Essa “escada de tratamento” traz a sequência evolutiva para orientações das possibilidades de tratamento da DLC, avaliada, caso a caso com os pacientes.

Figura 11 - Escada de tratamento adaptada da *World Health Organization* (1995) utilizada em um serviço de Neurocirurgia para pacientes com queixa de dor lombar. Ribeirão Preto, 2017

Como exemplo da compreensão quanto ao “caminhar” na escada de tratamento, há os seguintes recortes de fala:

Eu fiz tratamento com remédios...fiz fisioterapia...bloqueio... e cirurgia...subi todos os degraus daquela escada, né....E12

Comecei com a medicação, da medicação fui para fisioterapia, bloqueio e agora cirurgia, fiz tudo direitinho.....E16

Os pacientes têm maior probabilidade de aceitar conselhos e instruções quando o profissional fornece mais informações, faz menos perguntas gerais (mas mais perguntas a respeito da adesão) e fornece mais devoluções positivas e menos negativas. Além disso, entendem melhor o aconselhamento, especialmente quando o profissional se esforça para construir uma parceria (STARFIELD, 2004).

Roter; Hall (1989), complementam que para melhorar o entendimento do paciente em relação ao aconselhamento é importante que sejam oferecidas as informações no início da consulta, que as orientações sejam claras e específicas para aquela situação, que sejam repetidas as informações mais importantes, que sejam pedidas as devoluções dos pacientes em relação ao seu entendimento e, ao final da consulta sejam resumidas.

Tratamento cirúrgico na dor lombar crônica

A dor lombar mecânica comum é sempre de tratamento conservador. Se resistente e existindo um evidente substrato clínico-patológico para essa evolução atípica, podem ser feitas infiltrações nas discopatias, infiltração de pontos dolorosos, infiltração perifacetária, denervação facetária (química ou por radiofrequência). Eventualmente a dor lombar mecânica pode evoluir de maneira tal que necessite de intervenção cirúrgica para a resolução do quadro, com a fixação de um seguimento vertebral com próteses de titânio e enxerto ósseo (BRAZIL et al., 2004).

O tratamento cirúrgico da hérnia discal está indicado nos casos com déficit neurológico grave agudo (menos de 3 semanas), com ou sem dor; na lombociatalgia hiperálgica e, nas outras de menor intensidade, apenas para os pacientes que não melhoram após 90 dias de adequado tratamento clínico. Na síndrome da cauda

equina (alteração de esfíncter, potência sexual e paresia dos membros inferiores) a cirurgia está indicada em caráter emergencial, como também, nas lombalgias infecciosas (espondiodiscites) com evolução desfavorável (BRAZIL et al., 2004). Para Helfenstein Junior; Goldenfum; Siena (2010), o tratamento cirúrgico está indicado nos casos de comprometimento neurológico significativo ou de falência absoluta do tratamento clínico.

A indicação de cirurgia no canal lombar estreito é feita em caráter individual, caso a caso, na síndrome da cauda equina (paresia de membros inferiores, disfunção urinária e sexual); na claudicação neurogênica intermitente incapacitante e progressiva e na radiculopatia unilateral que não responde ao tratamento conservador (BRAZIL et al., 2004). Das indicações cirúrgicas associadas à lombalgia, a hérnia de disco é uma das mais freqüentes; a cirurgia pode ser realizada através de uma abordagem aberta (hemilaminectomia e flavectomia no nível da raiz espinal envolvida, bem como reparação da hérnia) (BARBOSA et al., 2017).

O tratamento cirúrgico também está indicado na espondilolise, com espondilolistese, e espondilolistese degenerativa, com dor lombar que não melhora com tratamento clínico; escorregamento vertebral progressivo; lombociatalgia e claudicação neurogênica devidas a canal estreito que não responderam ao protocolo de tratamento conservador (BRAZIL et al., 2004).

Em resumo, o tratamento cirúrgico é uma opção de exceção, isto é, está indicado em pacientes em que as opções de tratamento conservador não surtiram melhora do quadro doloroso, ou em situações em que há risco eminente de perda neurológica com possibilidade de sequelas irreversíveis.

Acresce-se que pode haver cirurgias mal indicadas, o que contribui para o agravamento da dor (BARBOSA et al., 2017).

Os depoimentos a seguir retratam a opinião dos participantes sobre a cirurgia para alívio da dor lombar crônica.

...para mim assim, eu tenho uma qualidade de vida hoje...me tirou o meu problema e resolveu a minha vida...eu já cheguei aqui nesse consultório, eu andava nesse corredor para lá e para cá agitando assim...eu sentia muita dor, dor crônica, hoje não tenho mais, não tenho dor. E17

...quebrar o tabu dessa cirurgia, porque muita gente negativa fala que vai ficar de cadeira de rodas e eu penso que não. E16

...tinha um pessoal que perguntava: “ai, mas você fez cirurgia e não entrou em depressão”? Eu falei: Que que adianta eu me entregar...não adianta, eu tenho que ter força, eu tenho que ter coragem para enfrentar o que eu preciso fazer...E6

Análise destes recortes de falas mostrou que mediante à indicação da cirurgia, o processo do enfrentamento de alguns pacientes quando mencionam...*tenho que ter força e coragem para enfrentar...*tem melhorado a perspectiva para a qualidade de vida dos portadores de DLC.

Por outro lado, houve casos de pessoas que ficam “peregrinando” na assistência com diversos profissionais de saúde tentando resolução para suas necessidades, às vezes pautadas pelo imediatismo ou mesmo pela não resolubilidade desses profissionais.

...isso...na realidade o Dr.....foi o quarto que eu passei. E10

Outro aspecto importante na rotina diária dos profissionais que trabalham com pacientes que sentem DLC refere-se ao comportamento passivo e da busca por soluções mágicas que alguns pacientes buscam para seu tratamento.

Na avaliação de Maynard, 1990 apud Starfield, 2004 as pessoas chegam com preconceitos que influenciam a forma como interpretam tanto sua doença como os conselhos médicos. Quando os profissionais exploram com os pacientes o que eles sabem e o que pensam a respeito de sua doença, seus efeitos e seu manejo, estes preconceitos podem ser revelados. Então o médico pode fornecer informações em um contexto significativo para o paciente.

Starfield (2004), complementa que a forma como as informações são transmitidas aos pacientes e seu envolvimento como participantes ativos no diálogo tem um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações dos profissionais de saúde.

Para Focosi e Souza (2016), é preciso que os profissionais incentivem seus pacientes a adotarem postura mais ativa em relação ao seu tratamento,

conscientizando-os sobre sua doença e sobre as mudanças que devem realizar no cotidiano inserindo comportamentos de autocuidado, consciência corporal, prática de exercício físico e, de modo geral, boa adesão ao tratamento.

...porque eu acho que as pessoas, elas acham que o médico vai resolver a vida delas...ele vai ajudar. O dr. ia me ajudar até um certo ponto...a parte dele, aí teria a minha parte. E17

Quando se responde às necessidades de saúde, a valorização da relação estabelecida com o profissional que proporciona *vínculo, escuta, plasticidade*, elementos presentes nas “ferramentas leves” Merhy, (2002) podem ser um dos facilitadores a adesão terapêutica. Concorde-se com Ayres (2001) quando afirma que se entende o sujeito como um ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir.

Nessa relação, supõe-se que possa ser estabelecido o conceito de Integralidade. A integralidade está presente no encontro, na conversa, no reconhecimento, além das demandas explícitas das necessidades de saúde dos cidadãos. Como modo de organizar as práticas exige-se certa horizontalização na assistência, em que um sujeito possa ser ativo na satisfação de suas necessidades (ROSA, 2015).

...olha em primeiro lugar é você ter um bom médico que te passa segurança, porque se um médico não te passar segurança ou se não tiver...é muito importante, então você ter a confiança de que o médico te passa o tratamento que vai te ajudar, porque se você não tiver esta segurança não vai para a frente...E12

...com certeza, porque quando eu comecei a acompanhar com esse médico, fazer o bloqueio, tratar, ele foi sempre muito atencioso, explica tudo o que precisa, conversa, orienta...E6

...eu segui o que o doutor falou, porque se você tá com ele, tem que acreditar no que ele fala, eu confio porque para mim deitar numa mesa...para fazer uma cirurgia dessa e não confiar no médico...eu preferia nem fazer...só quem tá sentindo a dor que eu sinto...E16

A adesão ao tratamento exige que a pessoa assuma a responsabilidade sobre o seu tratamento, tornando-se um participante ativo em um processo que torna possível modular os estados biológicos por meio do comportamento humano. Um dos fatores considerados facilitadores para a aceitação e integração do regime terapêutico é o conhecimento que a pessoa possui sobre a doença (FIGUEIRA et al., 2017).

Artigo de revisão sistemática de Koes *et al.* (2010) sobre diretrizes clínicas para o tratamento da DLC de países europeus e da América do Norte mostrou que existe um consenso que o manejo do paciente, além da prescrição de medicamentos, deve envolver a educação a respeito da natureza e do curso benigno de sua dor, assim como esclarecimentos sobre a relevância da manutenção de um estilo de vida ativo apesar da dor e o uso de exercícios supervisionado.

Cabe ao profissional de saúde utilizar estratégias de ensino-aprendizagem refinadas e pautadas nas evidências científicas, dialogar com o paciente sobre seu estado de saúde e fornecer subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde. (DARLOW et al., 2013). A horizontalização da relação profissional-paciente facilita essa interação ao reconhecer o paciente como sendo sujeito ativo no processo do cuidado. Dessa maneira, faz-se necessária a adoção de estratégias que busquem maximizar a experiência positiva relacionada ao processo terapêutico (FAGUNDES; REIS; CABRAL, 2016).

Reabilitação

Entende-se por reabilitação um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, composto por um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquiri-las a ter e manter uma funcionalidade ideal (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) na interação com seu ambiente. A reabilitação oferece ferramentas para que as pessoas consigam atingir a sua independência e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Em relação aos pacientes portadores de dor crônica, o esclarecimento das situações reduz as incertezas e melhora a aderência ao tratamento e aumenta a confiança nas condutas propostas. O envolvimento dos familiares e dos cuidadores no programa de controle da dor modifica os conceitos errôneos e desfavoráveis relacionados (LIN et al., 2001). O autor refere ainda que a avaliação e a precisão dos diagnósticos são elementos determinantes para a instituição dos programas de

reabilitação, implementação do tratamento e para prever o prognóstico.

A fisioterapia tem um papel importante na prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes com DLC. Suas ações são fundamentadas nos mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados por estudos de diversas áreas, como biomecânica, cinesia, fisiologia e patologia (QUARTIEIRO, 2012). As falas apresentadas na sequência mostram como a fisioterapia auxiliou na reabilitação dos pacientes com DLC.

...a fisioterapia ajudou direitinho e o Pilates ajudou bastante. Não faltei um dia da fisioterapia. E17

...a fisioterapia ajuda bastante e o Pilates também...E12

Entretanto, outros depoimentos mostram que houve piora do quadro clínico do participante com a fisioterapia

...uma coisa que senti foi uma piora com a fisioterapia...a maior dificuldade é o exercício físico...E20

...a fisioterapia não resolveu nada, só aumentava minha dor...E16

...fiz fisioterapia um tempo, mas eu acho que fisioterapia melhora na hora sabe, você sai de lá aliviada porque esquentar, dá choquinho, treme e tal...não sei se sou muito ansiosa também, eu acho que tudo é para ontem, tenho que tocar a vida rápido, para mim é tudo muito corrido...E18

...a fisioterapia demorou para agendar, porque foi pedido uma específica para lombar e aí...na clínica disseram que era melhor esperar o dia certo. Aí fui numa outra, não gostei: é um tumulto de gente, então percebi que não era o que precisava, acabei indo só para ver. Vou ter que me deslocar e assim me esforçar muito para isso...E3

Apesar dos participantes não acharem importante e nem efetivo o

tratamento de reabilitação realizado com técnicas de fisioterapia, estudo realizado no estado do Paraná mostrou que um programa de reabilitação realizado com 99 pacientes divididos em grupo de casos (69 pacientes com dor lombar crônica sem indicação de tratamento cirúrgico) e grupo controle (30 pacientes sem dor lombar) foi eficaz para melhorar a força abdominal, o alongamento da cadeia muscular posterior, a qualidade das atividades da vida diária e a redução dos níveis de dor. Entretanto a adesão ao programa de exercícios foi baixa, sendo este um fator limitante do estudo (VIALLE et al., 2014).

A fala, a seguir, leva a pensar na possibilidade do abandono do tratamento, delegando o tratamento ao profissional de saúde, demonstrando pouco envolvimento pela problemática apontada.

...eu larguei não da fisioterapia, fiz umas cinco mais ou menos e o remédio eu tomei direitinho durante alguns meses e aí eu fiquei com essa dor constante, não saiu mais a dor...aí me indicaram esse doutor...E18

Como condição crônica o tratamento para dor lombar necessita da conscientização do paciente que a melhora ou alívio da dor não surgirão em poucos dias, requer disciplina e dedicação aos tratamentos prescritos.

....a única dificuldade é essa daí...agora vou ter que me deslocar, tirar do meu conforto, vou lá fazer fisioterapia e voltar...eu acho que vou ter que me esforçar para isso...E3

No relato anterior contata-se, que o fato de sair de casa em busca da atividade física, requer um esforço, para sair de uma situação de conforto, o que pode sinalizar uma dificuldade para adesão terapêutica.

Alguns entrevistados verbalizaram o quanto a fisioterapia e em especial a modalidade Pilates, ajudam aliviar a dor crônica.

Eu fazia uma outra ideia do Pilates, eu achava que era uma coisa para idoso... aí quando eu fui descobri o Pilates, eu falei... porque eu não busquei isso antes? E17

O Método Pilates foi idealizado pelo alemão Joseph Hubertus Pilates (1880- 1967) durante a 1ª Guerra Mundial na Inglaterra, o qual se constituiu em princípios básicos que são: concentração, controle, centragem, respiração diafragmática, leveza, precisão, força e relaxamento. Os exercícios que compõem o método envolvem contrações isotônicas e isométricas com ênfase no que Joseph denominou *power house* (ou centro de força) (SILVA; MANNRICH G.,2009).

Durante a execução dos exercícios, o método Pilates, prevê o alinhamento da postura, o equilíbrio muscular, a combinação de força e flexibilidade, contribuindo com a estabilização da região lombar o que resulta na redução dos quadros de dor (PEREIRA; CASA JÚNIOR; CAMPOS, 2013).

Em uma revisão integrativa realizada por Vieira e Fleck (2013), os autores concluíram que o método Pilates tem influência positiva no tratamento da dor lombar crônica, melhorando a qualidade de vida, força muscular, flexibilidade, consciência corporal, propriocepção, correção postural, o equilíbrio e a circulação, diminuindo o estresse, aumentando a confiança e disposição, bem como mantendo o indivíduo ativo e engajado em uma atividade física regular, mostrando-se mais eficaz do que outras técnicas de exercícios no tratamento da dor lombar.

Em uma revisão de 29 estudos Patti et al. (2015), objetivaram verificar os efeitos do método Pilates em pessoas com DLC. As pesquisadoras concluíram que não houve estudos que claramente definissem a eficácia desse método sobre outras formas de tratamento.

Yamato et al. (2015) ponderam que, a decisão de utilizar o método é baseada na escolha do paciente, do terapeuta e nos custos.

5.3.3 Outras formas de cuidar centrando a atenção no usuário

Considerando o processo saúde doença a partir de alguns dados relacionados à DLC se torna imprescindível individualizar cada paciente bem como sua história de vida juntamente com suas relações interpessoais. O Sistema Único de saúde (SUS), bem como seus protocolos e planejamentos devem se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Conforme já exposto anteriormente sobre atividade física, outro aspecto

importante que alguns autores apresentam (LEEuw et al., 2007; DIAZ-CERILLO; RONDÓM-RAMOS, 2015; KOERICH, 2016), é a ideia de que a associação entre inatividade física e incapacidade pode ser interpretada de acordo com o modelo “Medo/Evitância da Dor”, que tem como eixo-central a forma como as pessoas interpretam a sua dor. O medo de que o exercício físico possa desencadear a dor, faz com o paciente com DLC evite o exercício levando a uma piora da dor devido a inatividade.

...eu tô fazendo só que...quando eu tô neste estado eu não faço. E11

... é, eu nunca gostei muito...E7

...fui jogador de basquete e sempre convivi com dor lombar e tudo, mas esta agora foi demais...E02

...esta dor deve ser porque eu parei de jogar, todo mundo comenta: o que aconteceu, parece que está mancando mais. Estou fazendo menos exercício, deve ser porque parei...E02

...eu tô fazendo só que...quando eu tô neste estado eu não faço. E11

Este entrevistado nos contou sobre a vida de ser um atleta, mas parece que a intensidade e a repetição das práticas também dificultaram uma ação promotora para prevenir a DLC. A contradição a seguir também mostra para o paciente certa culpa quando revela que parou de jogar. Não está claro para o paciente se a intensidade ou a apatia que piora a dor.

...eu tô fazendo só que...quando eu tô neste estado eu não faço. E11

... é, eu nunca gostei muito...E7

A revelação a seguir parece direcionar para pistas que nos levam ao cuidado e conhecimento do próprio corpo.

...no tempo que estamos com a dor, temos que aprender e aí eu penso que se faço menos atividade doméstica, dói menos...E03

...tenho dificuldade porque sou pesada, não gosto de colocar maiô. É difícil o tratamento, precisava de uma pessoa para me levar, me colocar dentro da água...eu não consigo, dói demais. E01

Neste exemplo, observamos uma entrevistada que desenvolve atividades no lar e também se queixa pois não consegue promover a prevenção da dor. Sair deste mecanismo de trabalho repetitivo que parece não trazer alguma satisfação pode ser uma possibilidade para tratar a DLC. A dependência e a falta de autonomia dificultam o tratamento com a hidroterapia.

A autonomia é uma condição que se constrói na relação com o outro, ou seja, socialmente à medida que cada um de nós se constitui como sujeito (CASTORÍADES, 1982).

Este exemplo de autonomia refere a um exercício que proporciona ao paciente uma possível ligação e uma rede que se estabelece na produção do cuidado.

O processo do cuidado analisa que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera. Devemos em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada uma influenciou em cada uma das esferas (BRASIL, 2013d).

Na avaliação junto ao referencial da adesão terapêutica, identificamos ações de saúde como preventivas ou promotoras que parecem melhorar as condições de vida das pessoas, desde que seja considerado a individualidade de cada um. Observamos diversas formas terapêuticas que percebem a doença como um distúrbio no equilíbrio energético do paciente, o qual antecede ou determina as manifestações mecânicas em nível orgânico. Para esta identificação precisamos incluir dimensões socioculturais e emocionais, em um envolvimento direto com o paciente na promoção da cura.

...talvez o apoio dos amigos que é fundamental junto com o trabalho. O período mais intenso de dor foi quando me afastei e este isolamento piorou as condições de dor...E09

O isolamento social parece demonstrar que intensifica a dor e pode piorar as condições de qualidade de vida.

...acho fundamental uma rede de amizades, as pessoas se cuidam e a gente forma uma rede e a gente se cuida...O isolamento social e a falta de redes de amizade parecem intensificar o sofrimento. E09

...é porque eu não posso sair de casa, não posso ir em uma festa...Lembro que numa ocasião íamos comer lanche e voltamos porque não tinha como sentar...E17

Sobre esta rede social as PICs têm sido incorporadas no cuidado das pessoas com DLC, como uma alternativa terapêutica para o alívio da mesma. (KOERICH, 2016)

Gradativamente as terapias complementares passaram a englobar diversas práticas de atenção à saúde, tais como: acupuntura, reeducação postural global (RPG), homeopatia, medicina ayurvédica, naturopatia, medicina fitoterápica, terapias baseadas em dietas, quiropraxia, osteopatia, massagem, meditação, hipnose, yoga, orações e cura pela fé, terapia de cura por Reiki, dentre outras (GURGEL et al., 2017).

...tentei, tentei tudo...acupuntura, Pilates, alongamento...E8

...o que deu uma aliviada foi a acupuntura...tira aquela dor insuportável. E11

...aí eu falei da quiropraxia pra ele, ele falou assim que tem várias, várias técnicas hoje...ele falou da osteopatia... eu nem imagino o que é isso. E8

...eu faço crochê um pouquinho, faço essas coisas...pinto..E1

...eu faço muita compressa de água quente né...A minha esposa é

acupunturista né, então ela faz muito moxa que é a moxabustão...a gente já viu que agulha não muda muita coisa não, mas a moxa ajuda muito. E17

Nas falas acima (E8, E11 e E17) a acupuntura aparece como mais uma opção de tratamento, ajudando na melhora da agudização do quadro algico.

A acupuntura é uma das práticas integrativas e complementares pertencentes à Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Ela consiste num conjunto de técnicas terapêuticas que buscam tratar o indivíduo como um todo, através da interação harmoniosa entre homem e natureza, agindo tanto na promoção, manutenção e recuperação da saúde, como na prevenção de doenças ou agravos. Associados a esses benefícios, a acupuntura ainda é uma terapia eficaz e de baixo custo. Mesmo com tantas vantagens oferecidas por essa prática milenar, o acesso da população é dificultado, por ser pouco divulgada e disponibilizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA, 2010).

Assim, a acupuntura, como uma das PIC, apresenta várias vantagens. Dentre elas destacam-se: baixo custo da aplicação e do material; ausência de efeitos colaterais significativos; independência quase total da tecnologia médico-hospitalar-medicamentosa para resolver a maioria das patologias simples e boa parte das mais complexas. Outra vantagem é o tratamento preventivo que, ao tratar o corpo como um todo, evita que as patologias em estado primário se instalem ou se cronifiquem (PEREIRA, 2010).

Outro recurso citado por um dos entrevistados E17 é a moxabustão, também uma técnica da MTC, que consiste em aquecer os pontos de acupuntura pela queima de ervas medicinais. A erva mais frequentemente utilizada é a artemísia seca, no entanto, outros tipos de erva também podem ser utilizados na confecção da moxa, de acordo com indicações terapêuticas específicas (YAMAMURA, 2001).

Aparece na entrevista de um dos participantes do estudo também a Quiropraxia com outra opção coadjuvante no tratamento do dor. A quiropraxia é uma disciplina de saúde que enfatiza o poder de recuperação inerente do corpo para se curar sem o uso de drogas ou cirurgia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), a quiropraxia é uma profissão de saúde relacionada com o diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuromusculoesquelético e os efeitos desses transtornos em saúde geral. Há uma ênfase nas técnicas manuais,

incluindo o ajuste e / ou manipulação de articulações com foco particular em subluxações (QUEF; PAILHOUS P, 2003).

Conceitualmente, a Osteopatia é tratada como uma forma holística de medicina alternativa, que se vale da aplicação de técnicas manuais para o diagnóstico e tratamento de uma grande variedade de problemas de saúde (QUEF B., PAILHOUS P.; 2003).

Profissionais como Fisioterapeutas, Quiropratas e Osteopatas, utilizam as técnicas manipulativas como base para o tratamento de disfunções vertebrais. Mais especificamente, a Osteopatia é indicada para um melhor funcionamento fisiológico do corpo. Para tanto, envolve-se com o sistema músculo-esquelético, articulações e fáscias, bem como promove uma melhora na circulação, nas funções do sistema nervoso e imunológico, digestivo e respiratório (RICARD, 2003).

As técnicas de manipulação vertebral se apresentam com o objetivo de modulação da dor e do controle motor, onde alguns estudos já demonstram efeitos imediatos na diminuição da dor e nas modificações neuromusculares do grupo muscular dos eretores da espinha, porém, seus mecanismos neurofisiológicos e seus efeitos são pouco compreendidos (SILVA, 2015).

Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam estatísticas e até reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde. Neste sentido é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica na sua reorientação (PENNAFORT et al., 2012).

Nos exemplos citados não visualizamos a potência na perspectiva de libertação deste quadro, mas sim, de uma retroalimentação de um caminho que não parece apontar saídas e sem a presença da integralidade da assistência.

Ainda compreendemos que o profissional deveria apreender para somar com outras terapêuticas existentes. Esta potência se aproxima da autonomia dos sujeitos. As diferentes práticas se complementam e se estreitam para um cuidado integral através de ferramentas que se apoiam no vínculo. A experiência nos mostrou que o cuidado focado no sofrimento liberta os profissionais de pressões e promove abertura a inúmeras possibilidades de prevenção e promoção ao efetivar uma mudança e objetivos do cuidado.

Na construção do cuidado com o outro precisamos mencionar as práticas integrativas como uma possibilidade da dimensão do cuidado. As práticas integrativas

e complementares (PICs) são reconhecidas como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Foram incorporados no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na AB, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (SOUZA et al., 2012).

Os *guidelines* clínicos internacionais que orientam o manejo da DLC na atenção primária (KOES et al., 2010; PILASTRINI, 2012), recomendam abordagens multidisciplinares que integram práticas educativas, exercícios terapêuticos, atividade física e terapias comportamentais, como estratégias efetivas para o cuidado. Nesse sentido ressalta-se a importância de fortalecer outras ações de cuidado à DLC na AB, como os grupos de atividades física e práticas corporais e integrativas complementares que também são ofertadas, mas atingem um número menor de pessoas (KOERICH, 2016).

Nas entrevistas qualitativas algumas pessoas também relatam que as queixas de dor persistem, mesmo após a participação nas ações de cuidado propostas, indicando que embora o cuidado ofertado possa aliviar ou produzir alguma melhora, pode não ser suficiente para alguns pacientes. No entanto, ressalta-se as percepções negativas relacionadas à persistência das queixas associadas às expectativas de cura e resolução completa do quadro doloroso, que as pessoas possuem em relação ao cuidado quando buscam os serviços de saúde para lidar com a DLC (HOPAYIAN; NOTLEY, 2014).

Assim, podemos avançar na construção da integralidade, quando reconhecemos outras subjetividades presente na DLC e suas necessidades de saúde e compreender como modo de organizar as práticas, exige-se certa horizontalização da terapêutica bem como seu planejamento para que profissionais e pacientes sejam sujeitos ativos na satisfação de suas necessidades. Cria-se o vínculo que nos faz refletir sobre a responsabilidade e compromisso.

Ainda a revelação do pensamento de morte e apenas a idéia do rompimento com a vida trouxe-nos preocupação e surpresa ao ver que a relação com a DLC.

...você às vezes pensa besteira, viu?...ah se matar...é que nada

*resolvia, dor, dor, dor remédio não resolve...mas aí vão te escorando
aí você vai tocando...E7*

Várias foram as reflexões que nos levaram a valorizar o quanto a área do pensamento está relacionada no processo da dor, seja por uma melancolia que a própria limitação leva ou mesmo uma depressão verbalizada por alguns pacientes.

*...eu tô cansada, principalmente essa dor, eu tô cansada...que dói
tanto aqui...tanto que pra cá assim eu não viro, não aguento...dói
tudoE15*

*...é a dor que deprime, que joga num canto, você tem que buscar
remédio para depressão...porque a dor é limitante, incomoda, é dor
todo dia. E20*

*...já fiz tratamento para ansiedade...você se isola...então eu acho
assim...que o campo é bem negro, não é como uma gripe que você
toma isso e vai passar...E18*

*...eu passei em psicólogo, passei em psiquiatra, passei em
tudo...porque lá na minha cidade, meu problema era cabeça, eu não
tinha nada. E10*

*...eu já fiz tratamento para depressão, me deixava dopada e minha
dor não passava. E10*

Através da leitura foi possível analisar que a depressão referida é o quadro emocional mais frequente em indivíduos com DLC.

Em um estudo longitudinal realizado por Fernandez et al. (2017), houve associação entre dor lombar crônica e risco de depressão ou sintomas de ansiedade, mas os autores deixam evidente também, que não houve uma relação causal direta entre dor lombar, depressão e ansiedade.

Novamente, sentimos a importância do apoio de “redes de atenção”, tão valorizada pela “Política Nacional da Humanização” (PNH) (BRASIL 2003a), a qual

aponta diretrizes e dentre elas que as equipes devem elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos para usuários e sua rede social considerando as políticas intersetoriais.

Se não tiver quem apoie, que te escure ali arás, você entra facinho, facinho, porque você se sente sem saída porque dor, dor, dor mas... aí vão te escorando. E7

...tive apoio da família muito grande...muito grande e no serviço também. Fiquei afastado pelo INSS e eles completavam meu salário todo mês. E17

Depressão... vou arrumar mais um problema? Que adianta me entregar?...não adianta...tenho que ter força. E6

Concordamos com Garbi (2014), o qual sugere que a DLC pode ocasionar incapacidade e depressão, visto que a dor pode reduzir o movimento, ocasionando, assim, incapacidade. E, por sua vez, a incapacidade reduz o movimento ocasionando a dor, tornando-se um círculo vicioso.

Mendes (2012), afirma que as formas como as pessoas se colocam frente a uma condição crônica variam de uma atitude ativa e de convivência com suas restrições a uma forma mais reativa ou de redução de sua sociabilidade, muitas vezes colocando sua condição de saúde como o centro de sua vida. A diferença entre essas posturas diante da ocorrência de uma condição crônica não é determinada pela condição em si, mas pelo modo como as pessoas são capazes de manejá-la.

Para melhorar a relação da DLC e os sujeitos, precisamos avançar na qualidade dos vínculos, a satisfação durante o processo e a comunicação estabelecida são elementos fundamentais (BARROS; GOMES, 2011).

Entendemos que as práticas de saúde, principalmente a praticada no último século, são marcadas fortemente pela objetificação do outro; pela fragmentação do corpo humano e pela especialização dos saberes sobre ele, pelo distanciamento e pela intermediação da tecnológica da relação médico paciente, reafirmando os ideais científicos de neutralidade e subjetividade (BARROS; GOMES, 2011).

Para ampliar essa prática “procedimento centrada” (MERHY, 2003) e inserir

o outro como sujeito portador de história, valores, é preciso aguçar os ouvidos, apurar todos os sentidos, superar as limitações do olhar, para que esse sujeito, sabedor de si, tem a dizer e a expressar. O cuidar exige essa abertura do outro, “[...] entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele” (BOFF, 2003).

5.3.4 Guia Educativo

Para o Ministério da Saúde, educação em saúde é: 1- O processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. 2 - Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012b).

Candeias (1997), traz que a educação em saúde pode ser vista como uma prática integral que pode e deve ser desempenhada em todos os momentos e espaços, implementando-se como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade.

O processo educativo em saúde é um instrumento de socialização de conhecimento, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, principalmente no contexto das doenças crônicas (BERARDINELL, 2014).

O uso de tecnologias educativas impressas, como manuais, folhetos, folders, livretos, álbum seriado e cartilhas é alternativa viável para informação e sensibilização da população, podendo abrir caminhos novos para a promoção da saúde por meio da participação da população, numa construção compartilhada de conhecimentos, além de permitir ao paciente e a sua família uma leitura posterior, que reforça orientações verbais, servindo como guia em casos de dúvidas e auxiliando as tomadas de decisão cotidianas (FREITAS; RESENDE, 2011).

Dentre os profissionais de saúde envolvidos no uso de ações de caráter educativo, os enfermeiros são constantemente desafiados a buscar opções que lhes ofereçam suporte para atuarem junto às pessoas, aos grupos e as comunidades, tendo as tecnologias educativas como fortes aliadas nesse processo (BENEVIDES et al., 2016).

A elaboração um material educativo (guia) teve como finalidade esclarecer dúvidas, reforçar orientações, incentivar e promover o autocuidado aos pacientes

como proposta complementar à prática dos profissionais de saúde que o acompanham. Esta ferramenta apresenta orientações facilitadoras que motivam aos pacientes, mudanças de hábitos objetivando a prevenção ou alívio da DLC (ANEXO 5).

Contribuiu para elaboração do guia, o fisioterapeuta José Eduardo Prado Garcia (ANEXO 6).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender e analisar os fatores facilitadores e dificultadores da adesão terapêutica ao tratamento da DLC, objeto do presente estudo, foi necessário aproximar do comportamento, características das pessoas entrevistadas e prescrições de uma equipe de saúde. Analisar o conceito de adesão e seus fatores multidimensionais facilitou compreender as diferentes formas de lidar com a DLC.

Neste sentido, sobre os fatores facilitadores destacam-se as redes de apoio (trabalho, família e amigos), o bom relacionamento com o profissional de saúde e uma boa compreensão sobre seu diagnóstico e tratamento. Em relação aos dificultadores, foram encontradas questões como sobrepeso, atividades diárias, resistência para atividade física, busca constante por diversos tratamentos, isolamento social e sinais de ansiedade e depressão.

Se essas características são determinantes para a qualidade de vida, o presente estudo analisou como os impactos da DLC podem causar na vida das pessoas. O caráter subjetivo e a maneira que cada indivíduo busca minimizar a dor, projeta uma valorização das ferramentas como acolhimento, escuta ampliada e o que as mesmas podem favorecer para facilitar que o paciente se torne o sujeito ativo do seu tratamento e reabilitação. Para isto, a Integralidade do cuidado depende de um novo arranjo de práticas e conformações dos serviços de saúde que incluam a singularidade dos sujeitos.

A articulação entre os diferentes serviços pode ser entendida como um vínculo entre profissionais e usuários e a partir desta, evidencia a construção de um outro sentido possível.

A adesão também relaciona-se com a aceitação e com o reconhecimento da doença, para haver a adaptação às condições de saúde e a identificação dos fatores de risco, atitudes de vida saudável e do autocuidado (PINOTTI, 2008). Malta e Merhy (2010), revelam que adoção de uma linha de cuidado no âmbito destes agravos também é importante, com uma rede de serviços que suporte as demandas surgidas e com um projeto terapêutico apropriado a cada usuário, valorizando a integralidade do cuidado, a articulação intersetorial, as condições e necessidades locais e autonomia dos sujeitos.

Registramos que as limitações da DLC são impostas no cotidiano da vida e da rotina do trabalhador. Esta situação é uma causa de afastamento no trabalho como já comentado e neste momento atual, surgiu uma preocupação relacionada com a nova reforma trabalhista. Atualmente a incapacidade para o trabalho deverá ser comprovada pela perícia médica e será preciso cumprir uma carência de pelo menos doze meses para novos e antigos contratos (Lei 13.467/2017), algumas doenças

serão exceção no período de carência. A lei ainda aborda que algumas mudanças precisam ser negociadas para todos os contratos. Esta questão está aqui sinalizada não só por estarmos vivendo uma nova realidade apresentada pela reforma trabalhista, mas também pela razão de ser muito atual e ainda apontamos dificuldades de entendimento sobre esta questão. Concordamos sobre a importância dos indivíduos receberem orientações e serem agentes e coprodutores de um processo. Destacamos Cheisa et al. (2007) quando refere que a construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora uma dimensão emancipatória.

Esse estudo possibilitou subsídios para compreender a importância da prática do autocuidado, estímulo aos fatores que podem desencadear a dor, atenção para outras formas de cuidado que incentive a pró-atividade do paciente em relação ao seu tratamento visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes. A cartilha foi uma ferramenta a qual objetivou reforçar os cuidados básicos na rotina diária visando a prevenção e promoção da saúde.

As possibilidades de tecermos essas considerações com sinceridade absoluta frente aos fatos significativos foi sem dúvida um convite para (re) ver e aprender as práticas de atenção aos pacientes portadores DLC. Neste sentido vamos caminhando frente aos desafios atuais relativos ao acesso, acolhimento, efetividade e à resolutividade de modo mais amplo às suas bases de sustentação e legitimidade social impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

AIRAKSINEN, O. et al. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 15, p. S192-S300, 2006. (Supplement 2).

ALENCAR, M. C. B. Fatores que influenciam nas lombalgias ocupacionais: o caso de mecânicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 3, p. 29-36, 1999.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. 5ª ed. Ribeirão Preto: Cortez, 1997.

ALMEIDA, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162008000200007>. Acesso em: 8 jun. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S010236162008000200007>

ALMEIDA, F. F. et al. Experiência de dor e variáveis psicossociais: O estado da arte no Brasil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 maio 2016.

ANANDAMI, G. et al. Effectiveness of devicebased therapy for conservative management of low back pain. **Journal of Physical Therapy Science**, Mumbai, v. 7, n. 27, p. 2139-2141, 2015.

ANDERSSON, G. B. Epidemiological features of chronic low-back pain. **The Lancet**, London, v. 354, n. 9178, p. 581-585, 1999. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01312-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01312-4).

ARIAS-LLORENTE, R. P.; GARCÍA, C. B.; MARTÍN, J. J. D. The Importance of Adherence and Compliance with Treatment in Cystic Fibrosis. In: SRIRAMULU, D. (Ed.). **Renewed Hopes Through Research**. 2012. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/cystic-fibrosis-renewed-hopes-through-research/the-importance-of-adherence-and-compliance-with-treatment-in-cystic-fibrosis>>. Acesso em: 12. ago. 2016. doi: 10.5772/30282.

AUSTRÁLIA. Departamento de Saúde. **Perth**: Health Networks Branch. Spine Pain Model of Care. Western, 2009. p. 45.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 63-72, 2001.

BALANGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, 2012. Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960340-7/fulltext#article_upsell>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BARBOSA, M. H. et al. Lombalgia: fatores de melhora e piora entre os clientes atendidos no ambulatório de ortopedia. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 48, n. 8, p. 18-

23, 2011.

BARBOSA, R. G. B. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 636-641, 2012.

BARBOSA, D. C. et al. Effects of ozone on the pain and disability in patients with failed back surgery syndrome. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 4, p. 355-360, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000400355&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.355>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1997.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2017.

BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000300013>.

BENEVIDES J. L. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 306-312, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200309. Acesso em: 12 maio 2017 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000200018>

BERARDINELL, L. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRAGA, A. B. et al. Comparação do equilíbrio postural estático entre sujeitos saudáveis e lombálgicos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 210-212, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990 a.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humaniza SUS**: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 20 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 171 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Saúde Mental. Brasília: 2013a. 170 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013c

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13467, de 14 de julho de 2017**. Lei de Modernização Trabalhista. 2017. Disponível em: <www.agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-07/nova-lei-trabalhista-e-publicada-no-diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRAZIL, A. V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 419-425, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600005>

BULECHECK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 5ª ed. Iowa: Elsevier, 2012.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CAREY, T. S.; FREBURGER, J. K. Exercise and the Prevention of Low Back Pain. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 176, n. 2, p. 208-209, 2016. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7636.

CARAVIELLO, E. Z. et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de escola de coluna. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, p. 11-14, 2005.

CASTELLANOS, M. E. P. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. In: CASTELLANOS, M. E. P.; BOMFIM, L. A. (Orgs.). **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EDUECE, 2015.

CASTORÍADES, C. A. **A instituição imaginária da sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1982. 418 p.

CECIN, H. A. Reabilitação. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 48, p. 21-25, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-

50042008000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042008000700009>

CHIESA, A. M. et al. A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem Significativa à Luz da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 12, n. 3, p. 236-240, 2007.

COSTA, Y. F. et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 473-481, 2014.

CHAPARRO L. E. et al. Opioids compared with placebo or other treatments for chronic low back pain: an update of the Cochrane Review. **Spine**, Hagerstown, v. 39, n. 7, p. 556-563, 2014.

DAGENAIS, S.; CARO, J.; HALDEMAN, S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, New York, v. 8, n. 1, p. 8-20, 2008.

DARLOW, B, D. A., et al. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 6, p. 527-534, 2013.

DEFINO, H. L. A.; HERRERO, C. F. P. S. **Protocolo clínico e de regulação para lombalgia**: Acesso à Rede de Saúde. Ribeirão Preto: Elsevier, 2012. 9 p. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauide/protocolo/i16ind-protocolo.php>. Acesso em: 11 nov. 2017.

DIAZ-CERRILLO, J. L.; RONDÓN-RAMOS, A. Diseño de um instrumento educativo para pacientes com lombalgia crónica inespecífica atendidos em Atención Primaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 47, n. 2, p. 117-123, 2015.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-136.

ENGERS, A. J. et al. Individual patient education for low back pain (Review). **Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 1, CD004057, 2008.

EKMAN, M. et al. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. **The Spine Journal**, New York, v. 30, n. 15, p. 1777-1785, 2005.

FAGUNDES, F. R. C.; REIS, F. J. J.; CABRAL, C. M. Nunes. Nocebo e dor: os efeitos adversos do excesso de informação. **Revista Dor Pesquisa Clínica e Terapêutica**: Pesquisa, Clínica e Terapêutica, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 157-158, 2016.

FAÉ, A. B. et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 32-36, 2006.

- FOCOSI, A. S.; SOUZA, R. M. de. O mapa da dor crônica na internet: um estudo exploratório. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 101-105, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160024>.
- FAVA, S. M. C. L. et al. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p. 536-540, 2010.
- FERNANDEZ, M. et al. Chronic low back pain and the risk of depression or anxiety symptoms: insights from a longitudinal twin study. **The Spine Journal**, New York, v. 17, n. 7, p. 905-912, 2017.
- FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2011.
- FIGUEIRA, A. L. G. et al. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2863, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100327&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>.
- FUJII, T.; MATSUDAIRA K.; OKA, H. Factors associated with fear-avoidance beliefs about low back pain. **Journal of Orthopaedic Science**, Tokyo, v. 18, n. 6, p. 909-915, 2013.
- FRASSON, V. B. **Uso Racional de Medicamentos**: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica: Dor lombar, como tratar? Brasília: OPAS, 2015. 9 v.
- FREITAS, F. V.; RESENDE, F. L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 243-255, 2011.
- GARCIA, B. T.; VIEIRA, E. B. M.; GARCIA, J. B. S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em patients portadores de síndromes dolorosas. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- GARBI, M. O. S. S. Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 569-575, 2014.
- GARVEN, A et al. The Impact of Enrollment in a Specialized Interdisciplinary Neuropathic Pain Clinic. **Hindawi Publishing Corporation**, Alberta, v. 16, n. 3, p. 159-168, 2011.

GORE, B. M. et al. The Burden of Chronic Low Back Pain: Clinical Comorbidities, Treatment Patterns, and Health Care Costs in Usual Care Settings. **Spine**, Hagerstown, v. 37, n. 11, p. 668-677, 2012.

GUSMÃO, J. L. de; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

GURGEL, F. F. A. et al. Reflexões sobre o emprego da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil. **Fisioterapia Brasil**, Mossoró, v. 3, n. 18, p. 374-381, 2017

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Lombalgia ocupacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 583-589, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000500022>.

HOPAYIAN, K.; NOTLEY, C.N. A systematic review of Low back pain and sciatica patient's expectation and experiences of health care. **The Spine Journal**, New York, v. 14, n. 17, p. 1769-1789, 2014.

HOY, D. et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis Rheumatism**, Atlanta, v. 64, n. 6, p. 2028-2037, 2012.

HUNG, et al. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: A decade of change? **Medical Care**, Philadelphia, v. 50, n. 6, p. 501-507, 2012. doi:10.1097/ MLR.0b013e318245a0e0

INFOPÉDIA. **Tratamento**: Termos médicos. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/tratamento>>. 2017. Acesso em: 31 jul. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. 2011. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde**: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doença crônica. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013b. 181 p. Disponível em: <<ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios**: Síntese dos Indicadores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013d. 301 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>>.

Acesso em: 12 nov. 2017.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Jornal of Organizational Behavior**, London, v. 31, n. 4, p. 519-542, 2010.

KOPF, A.; PATEL, N. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. Seattle: Iasp Press, 2010.

KOES, B. W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 19, n. 12, p. 2075-2094, 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 48-70, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2016.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M. da; PIMENTA, C. A. de M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 4, n. 59, p. 509-513, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

KOERICH, M. H. A. L. **O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde**. 2016. 380 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

KORELO, R. I. G. et al. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 389-394, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200016&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 19 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200016>.

LARANJEIRA, C. A. O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 123-133, 2009.

LEEuw, M. et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 30, n. 1, p. 77-94, 2007.

LIBERATO, S. M. D. et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiana, v. 16, n. 1, p. 191-198, 2014.

LIN T.Y, KAZIYAMA H.H.S., TEIXEIRA M.J. Síndrome dolorosa miofascial. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor. São Paulo: Moreira Jr. 131-40, 2001.

LIMA-COSTA, M. F. Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2008). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. S324-S325, 2011. (Suplemento 3).

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SÁ, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, 2016.

LORIG, K. et al. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rd ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

LORING, B.; ROBERTSON, A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. **København**: WHO Regional Office for Europe, 2014.

MACEDO, E.; BLANK, V. L. G. Processo de trabalho e prevalência de dor lombar em motoristas de caminhões transportadores de madeira no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 435-450, 2006.

MATA, M. S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface Comunic Saúde Educ**. 2010;14(34):593-606.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

MALTA, D. C. et al. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1S-9S, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000200309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000052>.

MARTINS, S. R.; MENDES, A. M. Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 171-183, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MAYNARD, D. Bearing bad News. **Medical Encounter Newsletter on the Medical Interview and Related Skills**, n 7, p.2-3, 1990.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização

Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de textos do projeto-piloto VER-SUS Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 80-99.

MEUCCI, R. D.; FASSA, A. C. G.; FARIA, N. M. X. Prevalência de dor lombar crônica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 73, p. 1-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100408&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 jul. 2017.

MILLER, S. M. Low back pain: pharmacologic management. **Primary Care**, Philadelphia, v. 39, n. 3, p. 499-510, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTEIRO, A. R.; SCHREIBER, G.; SADE, P. M. C. O papel do enfermeiro frente ao manejo da dor em adultos. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 2-11, 2011.

MORLION, B. Pharmacotherapy of low back pain: targeting nociceptive and neuropathic pain components. **Current Medical Research and Opinion**, London, v. 27, n. 1, p. 11-33, 2011.

NASCIMENTO, P. R. C.; COSTA, L. O. P. Prevalência da dor lombar no Brasil: Uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 1141-1156, 2015.

NÁFRÁDI, L.; NAKAMOTO, K.; SCHULZ, P. J. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. **PLOS ONE**, Oxford, v. 12, n. 10, p. e0186458, 2017. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>

OLIVEIRA, L. F. Tratamento da dor crônica. In: MANICA, J. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 770-774.
OLIVEIRA, A. S. et al. Effect of association protocol Monitoring Home Blood Pressure (HBP) and teaching intervention in controlling blood pressure. 2014. 90 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

OLIVEIRA, V. C. et al. Health locus of control questionnaire for patients with chronic low back pain: psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version. **Physiotherapy Research International**, London, v. 13, n. 1, p. 42-52, 2008.

OLIVEIRA, E. A. F. et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 319-326, 2011.

OLIVEIRA, M. M. et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) auto-referidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 287-296, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200287&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 out. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200011>

OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem**: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar. **Biblioteca Lascasa**, Granada, v. 9, n. 1, p. 1-22, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde/Unicef, 1978.

_____. **Carta de Ottawa Para A Promoção da Saúde**. Ottawa: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

_____. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_suppl_2_final.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

_____. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>. Acesso em: 02.mar.2017.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01por.pdf> Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**: Reabilitação. Ginebra: OMS, 2011. 334 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2017.

_____. **Atividade Física** - Folha Informativa N° 385. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en>>. Acesso em: 2 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Documentos que norteiam a Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, Canadá, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PALACIOS-CEÑA, D. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: an updated population-based national study (2009/10–2011/12). **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 24, n. 3, p. 482-492, 2015.

PATTI A, et al. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review. **Medicine**, Baltimore, v. 94, n. 4, e383, 2015.

PEREIRA, C. M.; CASA JÚNIOR A. J.; CAMPOS, R. S. Os efeitos do método Pilates na dor lombar – Revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, Goiania, v. 3, p. 23-37, 2013.

PEREIRA, C. F. A acupuntura no sus: uma análise sobre o conhecimento e utilização em tangará da serra - MT. **Revista Saúde e Pesquisa**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 213-219, 2010.

PETERSEN, R. S.; MARZIALE, M. H. P. Low back pain characterized by muscle resistance and occupational factors associated with nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 386-393, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300386&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3321.2428>.

PENNAFORT, V. P. S. et al. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 289-295, 2012.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare: Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 526-534, 2008.

PILASTRINI, P. et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. **Joint Bone Spine**, Paris, v. 79, n. 2, p. 176-185, 2012. Disponível em: <http://ac.elscdn.com/S1297319X11000777/1-s2.0-S1297319X11000777-main.pdf?_tid=f29202e4-e02e-11e2-bdeb-00000aacb35e&acdnat=1372450481_6f4b06373d707828658bb4e15ebe_08c5>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PINTO, R. Z. et al. Self-reported moderate-to-vigorous leisure time physical activity predicts less pain and disability over 12 months in chronic and persistent low back pain. **European Journal of Pain**, London, v. 18, n. 8, p. 1190-1198, 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Artes Médicas, 1995.

QUARTIEIRO, C. R. B. Fisioterapia e Saúde Coletiva. In: _____. **Saúde Coletiva e Fisioterapia**. Guarapuava: Unicentro, 2012. p. 29-46.

QUEIROZ, M. I. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (Org.). **Experimentos com histórias de vida (Brasil)**. São Paulo: Vértice/Editora Revista dos Tribunais, 1988. p. 68-80. (Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, 5).

QUEF, B.; PAILHOUS, P. **Osteopatia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REINEHR, F. B.; CARPES, F. P.; MOTA, C. B. Influência do treinamento de estabilização central sobre a dor e estabilidade lombar. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 123-129, 2008.

REZENDE, J. M. O ato médico através da história. In: _____. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Fap. Unifesp, 2009. p. 111-119.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **População anual até 2017**. 2017. Disponível em: <<http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16populacao.php>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

RICARD, F. **Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociaticas por hernias discales**. Madrid: Medica Pan-Americana, 2003.

RIOS, M. A.; NERY, A. A. Working and health conditions reported by informal commerce workers. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 390-398, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200390&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000052014>.

RIOS, J. C. S. et al. Efeitos de um programa educacional de autocuidado de coluna em idosos com dor lombar crônica: um estudo quasi-experimental. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 11, n. 1, p. 53-63, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3143>.

ROSA, T. C. P. **Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

ROTER D. L.; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. **Annual review of public health**, Palo Alto, v.10, p. 163-180, 1989.

SÁ, K. et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 622-630, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032>.

- SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 150-154, 2012. (Número especial).
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 701-707, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500009>.
- SALVETTI, P. C. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 464, p. 16-23, 2012. (número especial).
- SAVINGY, P. et al. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. **National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners**. London, 2009. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/books>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- SANTOS, A. et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. **Maturitas**, Amsterdam, v. 67, n. 3, p. 251-255, 2010.
- SARDÁ JÚNIOR, J. J. et al. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-118, 2012.
- SCHULZ, P. J., NAKAMOTO, K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. **Patient education and counseling**, Princeton, v. 90, n. 1, p. 4-11, 2013.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SILVA, M. C.; FASSA, A. C. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.
- SILVA, A. C. L. G.; MANNRICH, G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 449-455, 2009.
- SILVA, L. S. **Efeitos imediatos de uma técnica de manipulação lombar sobre a sensibilidade dolorosa e o controle postural de indivíduos com dor lombar de origem inespecífica**: um ensaio clínico randomizado. 2015. 88 f. Dissertação (Mestrado) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SILVA, T. M. S. et al. Avaliação clínica da infiltração facetária no tratamento da dor lombar crônica por síndrome facetária: estudo prospectivo. **Coluna/Columna**, São

- Paulo, v. 10, n. 4, p. 332-335, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000400018>.
- SILVA, E. F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>
- SIQUEIRA, J. L. D.; MORETE, M. C. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar? **Revista Dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 51-54, 2014.
- SOARES, L. R. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Ipatinga, v. 5, n. 1, p. 64-68, 2014. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/bjsr>>. Acesso em: 12 out. 2017.
- SOARES, P. et al. Efeitos do Programa Escola de Postura e Reeducação Postural Global sobre a amplitude de movimento e níveis de dor em pacientes com lombalgia crônica. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, Barcelona, v. 9, n. 1, p. 23-28, 2016. doi: 10.1016/j.ramd.2015.02.005.
- SOUSA, F. A. E. F. et al. Multidimensional pain evaluation scale. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 03-10, 2010.
- SOUZA, I. M. C. et al. Práticas Integrativas e Complementares: oferta e produção de atendimento no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.
- SOUZA, F. F. R.; NICOLAU, R. J.; LONGO, D. M. Estudo clínico da eficácia do bloqueio anestésico radicular transforaminal no tratamento da radiculopatia lombar. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 3, n. 10, p. 234-238, 2011.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil/Ministério da Saúde, 2004. 726 p.
- STUMP, P. R. N. A. G.; KOBAYASHI, R.; CAMPOS, A. W. Lombociatalgia. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, p. 63-66, 2016. (Suplemento 1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500063&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160051>.
- SURI, P. et al. Modifiable risk factors for chronic back pain: insights using the co-twin control design. **The Spine Journal**, Amsterdam, v. 17, n. 1, p. 4-14, 2017
- TEJEDOR, C. C. et al. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. **Apuntes de Psicología**, Barcelona, v. 32, n. 1, p. 74-84, 2014.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

VIALLE, E. N. et al. Results of a domiciliary rehabilitation program for chronic low back pain patients. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 287-290, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512014000400287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512014130400472>.

VICTORIA, A. G.; KNAUTH, D. R. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Editorial Tomo, 2000. p. 79-89.

VIEIRA, T. M. C.; FLECK, C. S. A influência do método pilates na dor lombar crônica: uma revisão integrativa. **Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 14, n. 2, p. 285-292, 2013.

VITOR, A. F. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. Escola Anna Nery, Rio Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011.

VLAINICH, R. et al. Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 60, n. 4, p. 402-405, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000400007>.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 445-453, 2012.

WEBB, R. et al. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. **Spine**, Hagerstown, v. 28, n. 11, p. 11995-1202, 2003. doi: <https://doi.org/10.1097/01.BRS.0000067430.49169.01>.

WEINER, S. S.; NORDIN, M. Prevention and management of chronic back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, Amsterdam, v. 24, n. 2, p. 267-279, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227647>>. Acesso em: 16 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's pain ladder**. 1995. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

YAMAMURA, Y. Moxaterapia. In: _____. **Acupuntura Tradicional: A Arte de Inserir**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2001. cap. 14. p. 665-668.

YAMATO, T. P. et al. Pilates for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD010265, 2015.

YENG, L. T. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: COSTA, O. C. **Dor: princípios e práticas**. São Paulo: Artmed, 2009.

YANG, J. et al. Efficacy and Safety of Different Aceclofenac Treatments for Chronic Lower Back Pain: Prospective, Randomized, Single Center, Open-Label Clinical Trials. **Yonsei Medical Journal**, Seoul, v. 58, n. 3, p. 637-643, 2017. doi: <https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.3.637>

ZALE, E. L.; DITRE, J. W. Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. **Current Opinion in Psychology**, Chicago, v. 5. p. 24-30, 2015

ANEXO 1 - Autorização para realização do estudo no Centro Integrado de Neurologia

ANEXO 1- Solicitação de autorização para realização do estudo no Centro Integrado de Neurocirurgia, Ribeirão Preto, SP

AO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO CENTRO INTEGRADO DE NEUROCIRURGIA (CIN)

Prezado DR. Ricardo Santos de Oliveira,

Aproveito a oportunidade para cumprimentá-lo cordialmente e solicitar autorização para proceder à realização deste estudo nesta clínica.

Como aluna do Programa de Pós-Graduação no Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: Aspectos facilitadores e dificultadores**, que objetiva identificar os aspectos facilitadores e dificultadores na adesão ao tratamento da dor lombar crônica.

Será realizada entrevista individual com os pacientes que aceitem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a mesma constará de questões de identificação e perguntas abertas. O local será em espaço reservado na clínica.

Encaminho o projeto de pesquisa para sua análise. Coloco-me ainda à disposição para mais esclarecimentos.

Telefone: 16 982570391

E-mail: vmfromeo@gmail.com

Na certeza de aquiescência, agradeço antecipadamente.

Velaini Maria Fabbri Romeo
Pesquisadora

Velaini M. F. Romeo
Enfermeira
COREN-SP 42.904

Dra Adriana Mafra Brienza
Orientadora

Adriana Mafra Brienza
Enfermeira - COREN/SP 44504
Cot. Func 206773
Grupo CSE Vila Tibéria

Dr. Ricardo Santos de Oliveira
Responsável Técnico - CIN

Dr. Ricardo Santos de Oliveira
Neurocirurgião - CRM 81.527
HRAC - USP

ANEXO 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de um município do interior de São Paulo: Aspectos facilitadores e dificultadores. O estudo poderá contribuir para melhorar a adesão ao tratamento. O objetivo é identificar os aspectos facilitadores e dificultadores na adesão ao tratamento da lombar crônica.

Será realizada por meio de entrevista individual com questões de identificação e perguntas abertas. O local será em espaço reservado na clínica. Será gravada, transcrita e analisada pelo pesquisador. O tempo estimado de cada entrevista será de 1 hora. A entrevista se constituirá de questões contendo informações pessoais e outras questões que tenham relação com seu diagnóstico e tratamento.

Assumimos o compromisso de não revelar sua identidade. A sua participação não causará nenhum prejuízo relativo ao seu acesso na clínica. Participar da pesquisa, para alguns pacientes, pode gerar algum desconforto em responder perguntas relativas ao seu tratamento. Em caso de desconforto solicitamos preferencialmente que o manifeste durante a entrevista, pois esse desconforto poderá ocorrer. Caso queira, poderá se retirar do local da entrevista a qualquer momento. Também será respeitada sua decisão de desistir na participação da pesquisa, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado.

Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa o (a) Sr(a) terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e da instituição envolvida nas diferentes fases da pesquisa, conforme Resolução CNS 466/2012, Item IV.3 - h.

A participação não trará benefícios diretos a você, mas as informações obtidas por meio da pesquisa poderão auxiliar no planejamento e aprovação de práticas a serem oferecidas aos pacientes. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação, assim como não terá nenhum gasto. Garantimos o esclarecimento de dúvidas sobre o andamento do estudo em qualquer etapa.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados para a equipe médica da clínica de neurocirurgia. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas, permanecerão anônimas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos procurar pessoalmente, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902, ou no telefone (16) 33159197, funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 8h às 17h. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Prof. ^a Dr. ^a Adriana Mafra Brienza	Velaini Maria Fabbri Romeo
Orientadora/ Telefone: (16) 36312325	Pesquisador/ Telefone: (16) 982570391 ou
Professora Doutora da Escola de Enfermagem de	(16) 36373516
Ribeirão Preto - USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
Avenida Bandeirantes, 3900, sala 101 – Ribeirão Preto	USP
São Paulo – CEP:14040-902	Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão
email adrianamafra@yahoo.com.br	Preto – São Paulo CEP: 14040-902
	Email: vmffromeo@gmail.com

Eu,

abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa ***“Tratamento da dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: Aspectos facilitadores e dificultadores”*** e uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 3 - Roteiro para entrevista semiestruturada

- 1- Conte-me o que você entendeu sobre seu diagnóstico que o médico lhe informou?
- 2- Conte-me o que você entendeu sobre seu tratamento?
- 3- Quais as atividades que desencadeiam a dor na coluna e quais aliviam?
- 4- Qual a maior dificuldade/facilidade para o tratamento?
- 5- Você usa fazer atividade física?
- 6- Quais orientações recebeu?
- 7- Entendeu a receita do médico?
- 8- Você acha que o medicamento ajuda aliviar a dor?
- 9- Como usou o medicamento?
- 10- O que você acha que não fez você seguir corretamente as orientações?
- 11- Veja por favor se o que eu entendi foi o que o (a) senhor (a) falou
- 12- O que você gostaria de falar que eu não perguntei?

ANEXO 4 – Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3362 - 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 012/2017, de 03.02.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 222ª Reunião Ordinária, realizada em 1º de fevereiro de 2017.

Protocolo CAAE: 63137816.0.0000.5393

Projeto: Tratamento da dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: Aspectos facilitadores e dificultadores

Pesquisadores: Velaini Maria Fabbri Romeo
Adriana Mafra Brienza (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Mafra Brienza

ANEXO 5 - Guia de orientação ao paciente com quadro de dor lombar crônica:

Múltiplos olhares...múltiplos saberes...Razão, coração. Aproximados...entrelaçados...produção de cuidado. (PEREIRA, 2017)

Velaini Maria Fabbri Romeo
COREN-SP 42.904
ENFERMEIRA
vmfrome@gmail.com

OSTEOPATIA EDUARDO PRADO
Fisioterapia especializada em coluna

Tel: (16) 3623-4400
Cel: (16) 99223-2012
Av. Pres. Vargas, 2001 - Sala 86
Ribeirão Preto/SP - CEP 14020-260

Tel: (16) 3625-8325
(16) 3329-7095
Rua São José, 1788 - Jardim Sumaré
Ribeirão Preto/SP - CEP 14025-180

CIN® CENTRO INTEGRADO DE NEUROCIRURGIA

Velaini Maria Fabbri Romeo
COREN-SP 42.904
ENFERMEIRA
vmfrome@gmail.com

Dicas de Postura

Aqui você encontrará informações importantes para você não sobrecarregar sua coluna no seu dia-a-dia

O melhor tratamento é a prevenção

www.neurocin.com.br
www.clinicacollucci.com.br

A má postura causa dor: Ande o mais ereto possível. Imagine que alguém está puxando o seu cabelo para cima. Endireite seu corpo. Olhe acima do horizonte ao andar.

Todas as pessoas que trabalham em escritório devem evitar colocar objetos pesados ou documentos em gavetas que estejam muito próximas do chão.

Evite torção de tronco ao ter que atender os chamados telefônicos.

Atente-se para as posturas corretas nas várias atividades: esfregar o chão; passar roupa; torcer roupa; bater bolo; segurar panelas pelo cabo; lustar móveis; colocar objetos no alto de armários; contato constantes com água fria; colocar roupa no varal; até mesmo se distrair fazendo tricô, pode causar lesões.

LEVANTAR PESOS

A - Modo incorreto. Evite dobrar o tronco.

B - Modo correto. Tronco ereto e peso junto do corpo.

C - Modo correto. Dobrar os joelhos, tronco ereto.

1 - Colchão muito duro ou rígido, não permite acomodar os ombros e pélvis, forçando a coluna durante a noite.

2 - Colchão muito mole, não oferece sustentação para quadril, ombros e costas, forçando também a coluna a noite.

3 - Seu colchão deve ser semi-rígido (espuma), ou seja, firme e flexível promovendo conforto e sustentação para suportar o peso corporal.

A - Sentado em uma cadeira ou colchão, você se sentirá mais confortável para vestir roupas e calçados.

B - Quando vestirmos roupas em pé, a falta de equilíbrio sobrecarrega a coluna podendo causar dores.

A - Escolha um travesseiro mais baixo, para dormir de barriga para cima, buscando um alinhamento da coluna.

B - Para conseguir o mesmo alinhamento da coluna, quando dormirmos de lado, temos que usar um travesseiro mais alto.

A - Ao usar o computador, o teclado e o monitor deve estar diretamente à sua frente, bem como a cadeira deve estar alinhada com as costas, evitando ficar torto.

B - Os olhos devem estar na mesma altura da parte superior dos monitores, assim não forçamos o pescoço.

Deite-se de lado, com os joelhos semi flexionados e com travesseiro ou almofada entre os joelhos.

ANEXO 6 – Autorização para Utilização do Folheto Discas de Postura

AUTORIZAÇÃO

Eu, **José Eduardo Prado Garcia**, fisioterapeuta e osteopata, CPF: 301.661.808-74, CREFITO: 178.521-F, autorizo como coautor, a utilização do folheto **“Dicas de Postura”** para fins educacionais, e também para a tese de mestrado **“Tratamento de dor lombar crônica em uma clínica de neurocirurgia de um município do interior de São Paulo: aspectos facilitadores e dificultadores”**, tanto em sua versão impressa como na apresentação oral na Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Atenciosamente,

Ribeirão Preto, 29 de Novembro de 2017.

Dr. Eduardo Prado
Fisioterapeuta – CREFITO: 178.521-F