

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Claudemir Modesti Junior

**ROTINAS DO ATENDIMENTO DE PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Porto Alegre - RS
2017

Claudemir Modesti Junior

**ROTINAS DO ATENDIMENTO DE PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Dra. Cátia Maria Justo

Porto Alegre - RS

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	12
4	VISITA DOMICILIAR.....	15
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	19
6	REFERÊNCIAS.....	21
7	ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Claudemir Modesti Junior, nasci em 28/12/1987 no município de Nonoai/RS, sou formado em medicina pela Universidade de Passo Fundo (UPF) no ano de 2012. O curso de Saúde da Família está sendo a minha primeira especialização. Futuramente pretendo fazer outras especializações em algum ramo da cirurgia. Em meu primeiro ano de trabalho atuei na ESF no município de Entre Rios do Sul/RS, onde também realizava plantões. Em 2014, cumpri um ano de serviço militar obrigatório após convocação do Exército Brasileiro, na cidade de Santa Maria/RS, onde trabalhei em diferentes funções.

Após um mês de ambientação ao militarismo no 29ºBIB (Infantaria), fui designado a atuar no setor de Lisura e Auditoria médica do Hospital de Guarnição (HGu) de Santa Maria. Durante este tempo, entrei em contato com uma realidade que até então tinha um conhecimento superficial, como a parte burocrática e organizacional de um hospital de grande porte. Tive a oportunidade de participar da elaboração de contratos com organizações civis de saúde (OCS), as quais prestavam serviços ao HGu, além do contato diário com os custos envolvidos em saúde, desde medicamentos, procedimentos, internações, entre outros. Este período me mostrou que a organização e o gerenciamento adequado de ações e pessoas são imprescindíveis para um sistema de saúde eficiente. Também pude ver que limitações financeiras necessitam de estratégias inteligentes de gerenciamento de recursos.

Em sequência, após a experiência na Lisura e Auditoria do HGu, fui transferido ao Parque Regional de Máquinas (material bélico), atuando como médico do batalhão até o fim do Serviço Militar. Passado este tempo, voltando à rotina de médico civil, fixei residência no município de Condor/RS, onde trabalhei na ESF e no corpo clínico do Hospital Municipal. Trabalhei também realizando plantões no setor de emergência do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões/RS e na UPA de Cruz Alta. Adquirit durante este período boa experiência no atendimento das principais emergências médicas. Negativamente, pude ver que o problema de sobrecarga das emergências, porta de entrada de qualquer hospital, tem que ser solucionado o mais brevemente possível. Constatei que a maioria dos casos que lá se encontram

devem ser resolvidos na atenção básica. Permaneci nestes serviços por 01 ano e meio, quando me inscrevi para o PROVAB, iniciando minhas atividades no dia 17/05/16, no município de Doutor Maurício Cardoso/RS, onde atuo na "ESF II – Prevenir é a Solução", que abrange em sua maioria a população da zona rural.

Doutor Maurício Cardoso está situado na região noroeste do Rio Grande do Sul, fazendo divisa fluvial com a Argentina através do Rio Uruguai. Faz parte da microrregião de Santa Rosa. Possui 5.313 habitantes (IBGE 2010). A principal atividade econômica é a agricultura (com cultivo predominante de soja e milho, e em menor escala trigo e fumo), caracterizada por minifúndios de subsistência. Em menor proporção estão à pecuária e produção de leite (IBGE, Censo Agropecuário 2006).

Com relação à saúde, pertencemos a 14ª Coordenadoria de Saúde do Estado. Possuímos um hospital de pequeno porte, que realiza atendimentos de baixa complexidade, com 13 leitos de enfermaria. Tem como referência de média e alta complexidade o município de Santa Rosa. Contamos com 02 equipes de ESF (IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009), sendo que a nossa unidade atende aproximadamente 2.300 pessoas, preponderando à população da área rural em nosso território de abrangência. A população idosa é maioria, sendo que os jovens optam por buscar melhores alternativas de emprego nas cidades adjacentes. Apesar do baixo nível de escolaridade, são raros os casos de pessoas em estado de vulnerabilidade social, sendo estes poucos amparados pela assistência social do município. Em geral, as moradias têm boas condições de saneamento.

Quanto à rede de apoio no município, contamos com 03 escolas, sendo 02 escolas de ensino fundamental, a municipal no centro e outra estadual no interior (Comunidade Pranchada). Existe outra escola estadual de maior porte no centro da cidade, com ensino fundamental e médio. Não há rede privada de ensino no município. A prefeitura fornece transporte escolar a todas as localidades do interior. Possuímos uma creche mantida com recursos do município. As principais associações comunitárias são o Sindicato dos Agricultores, Pastoral da Criança, além das associações religiosas. O município mantém o Departamento de Assistência Social, que realiza ações relacionadas a programas federais como CRAS e PET, entre outros. Contamos também com

NAAB/NASF tipo 03, que realiza atividades com grupos terapêuticos e atividades compartilhadas com as 02 equipes de ESF.

As principais demandas da nossa população estão relacionadas a patologias prevalentes na terceira idade. Doenças crônicas como HAS e DM2, dor crônica (principalmente na coluna vertebral), transtornos do humor (depressão/ ansiedade/ distúrbios do sono), oncológicas, complicações do trato respiratório. Ocorrem alguns casos de acidentes de trabalho e por animais peçonhentos. Temos uma alta taxa de etilismo e tabagismo, mas baixa de outras drogas. Há muitos casos de obesidade e sedentarismo (SIAB 2015).

Quanto ao Projeto de Intervenção (PI) escolhi o seguinte tema: “Acompanhamento multidisciplinar de pacientes com dorsalgia crônica.” O mesmo constará nos Anexos do TCC. A justificativa para este PI decorre do fato de nossa territorialização abranger a área rural do município, onde estimamos que a maior parte da população desenvolva atividades laborais diárias utilizando essencialmente mão-de-obra braçal, com pouco ou nenhum auxílio de mecanização. Constatamos que a maioria refere algum episódio de dorsalgia semanalmente, mas não toma nenhuma medida de profilaxia para evitar problemas na coluna vertebral, por falta de instrução adequada e/ou por não ver alternativas na realização das suas atividades diárias, considerando a dor como algo necessário e inerente ao trabalho.

Este PI tem por finalidade trabalhar com os usuários de nossa ESF que apresentam problemas crônicos na coluna vertebral decorrentes de atividades laborais em meio rural. Temos como meta propor medidas de profilaxia e mostrar alternativas de tratamento, com enfoque no atendimento e acompanhamento multidisciplinar, visando melhorar a qualidade de vida e a reabilitação da capacidade laboral. Será instituída a criação de um grupo para trabalhar especificamente com os portadores de problemas na coluna vertebral, devido a constante procura em decorrência de dores crônicas, com múltiplas consultas a cada mês, o que acarreta em dificuldade de acesso, causado pela elevada demanda. Nosso enfoque é trabalhar com a população rural, de baixa renda e baixo nível de escolaridade, pois pensamos ser este o grupo que mais sofre com tal problema e melhor se beneficiaria desta abordagem. No médio prazo, acreditamos que tal prática diminuiria a sobrecarga de consultas deste perfil.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O "ESF II – Prevenir é a Solução", em Doutor Maurício Cardoso/RS, é responsável pelo atendimento de aproximadamente 2.300 usuários, assistindo um elevado número de idosos portadores de doenças crônicas. Na maioria são moradores da zona rural, com baixo nível de instrução. São frequentes os casos de controle inadequado dos níveis da pressão arterial e glicemia, por múltiplos fatores.

As principais demandas da nossa população estão relacionadas a patologias prevalentes na terceira idade; doenças crônicas como HAS e DM2, dor generalizada, transtornos do humor (depressão/ ansiedade/ distúrbios do sono), oncológicas, complicações do trato respiratório. Temos ainda uma alta taxa de etilismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo.

Diante das situações de assistência mais prevalentes na nossa UBS, considero o Caso Clínico 1 - VERA, similar em muitos aspectos ao que ocorre nos atendimentos cotidianos de nossa equipe. Exemplificando, citarei o manejo clínico despendido a uma de nossas pacientes, a qual será representada com o nome fictício de "Sra. Olinda".

O Caso Clínico 1 – VERA, é de uma paciente hipertensa, diabética e dislipidêmica, com fatores de risco agravantes como obesidade e sedentarismo. Não possuía dieta adequada e não frequentava os grupos específicos de HAS e DM2 da ESF. Tem histórico familiar de parentes de 1º grau acometidos por doenças cardiocirculatórias. Positivamente, melhorou a aderência ao tratamento quando solicitada e acompanhada de perto pelos familiares e membros da ESF.

A história de nossa usuária, a "Sra. Olinda", consiste de um caso de difícil manejo de HAS numa paciente idosa, de baixo nível de instrução, e que apresentava comorbidades e dificuldade de usar as medicações prescritas de maneira correta.

Diante de tal desafio terapêutico, foi realizado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com enfoque no indivíduo em questão, em situação de vulnerabilidade, resultado do debate coletivo de uma equipe multidisciplinar, buscando uma gestão integral do cuidado.

Através do conhecimento da história acerca de nossa paciente, planejamos ações que fossem aplicadas ao seu contexto de vida. Realizamos discussões de caráter multidisciplinar entre os membros da equipe do ESF, a paciente em questão e seus familiares. Identificamos os fatores de risco e vulnerabilidades, fossem eles de ordem orgânica, psíquica ou social; e contextualizamos as doenças, desejos, interesses, trabalho, nível cultural, familiar e religiosidade da paciente. Buscamos ações de redes de apoio familiar, visando às vulnerabilidades e potencialidades.

Citando, portanto, como exemplo a “Sra. Olinda”, elaboramos o seguinte **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** para o caso:

Identificação e anamnese

Olinda, 73 anos, branca, viúva, aposentada (anteriormente agricultora).

A paciente é hipertensa, diabética e dislipidêmica. Usuária assídua da ESF, constantemente refere tontura, dor em membros e descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos. Mora sozinha desde que ficou viúva. Bastante religiosa, acredita no poder de cura de chás e ervas. Alega estar um pouco desanimada ultimamente.

Localização territorial e elementos do território relevantes

Moradora da área rural, onde cuida sua horta e cria pequenos animais. Sua residência localiza-se a mais de 10 km da ESF, e o familiar mais próximo é seu filho João, que mora a 01 km dela. Possui casa de alvenaria, com boas condições sanitárias.

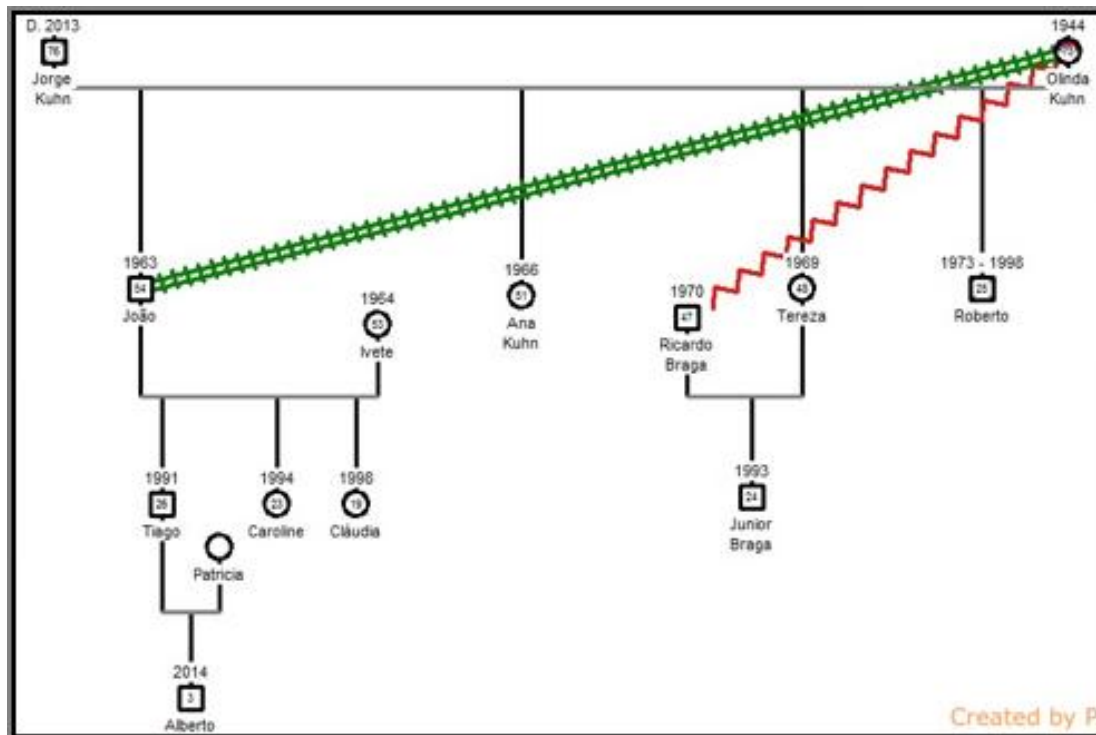
Genograma - Arranjo familiar

É viúva de Jorge, agricultor, que faleceu há três anos.

Teve quatro filhos: João (54), com quem tem ótima relação; Ana (51), que não mora na cidade, mas a visita quando possível; Tereza (48), que evita contato, pois não tem boa relação com o genro; e Roberto, que faleceu em acidente automobilístico.

Têm 04 netos, 03 deles filhos de João (Tiago, Caroline e Cláudia) e outro de Tereza (Junior). 01 bisneto.

OBS: os familiares serão representados com nomes fictícios.



Queixa/situação/demanda com histórico relevante resumido

Paciente hipertensa, diabética e dislipidêmica. Refere queixas frequentes de tonturas e dor generalizada em membros. Humor deprimido desde a morte do marido, do qual era muito apegada. Consulta frequentemente o ESF com as mesmas queixas, alegando que os remédios não fazem efeito. Sedentária e tabagista, obesa desde jovem. Confessou esquecer, eventualmente, de tomar os remédios. Está sempre acima do peso, mas afirma cuidar da dieta.

Ações clínicas já realizadas

- Modificações na prescrição de medicamentos múltiplas vezes, sem o resultado pretendido no controle da glicemia e da pressão arterial.
- Encaminhamento a psicóloga, mas abandonou seguimento após a 2ª consulta, pois não entendia como aquilo poderia lhe ajudar.
- Compareceu em apenas uma consulta na nutricionista. Afirmou que estava cuidando a dieta, mas sempre está com a glicemia e o colesterol elevados.

- Sempre foi receptiva a agente comunitária Rosane. Diz estar tomando os remédios corretamente, mas a caixa onde guarda as medicações é completamente desorganizada, inclusive com drogas vencidas.
- O farmacêutico sempre orienta detalhadamente a maneira correta de tomar as medicações.
- Existem meses que a paciente não aparece retirar os remédios.

Avaliação das potencialidades e vulnerabilidades

- Excelente vínculo afetivo com o filho João.
- Filho atencioso e prestativo, com bom nível de instrução, e se compromete a ajudar a mãe sempre que possível.
- Condição econômica confortável.
- Distância até o ESF (10 km).
- Mora sozinha.
- Crenças em tratamentos sem comprovação científica de eficácia.
- Uso irregular das medicações prescritas. Não frequenta os grupos com regularidade.
- Hábitos alimentares irregulares, sedentária e tabagista.

Pactuação dos objetivos e metas – ESF e pessoa

- Após explicar detalhadamente o ponto de vista da equipe em relação a sua situação, a paciente concordou com a maioria das colocações.
- O objetivo proposto é o adequado controle dos níveis pressóricos, glicêmicos e de colesterol da paciente.
- Esta se comprometeu a seguir algumas metas, tais como tomar a medicação de forma correta, no horário correto. Irá procurar não faltar aos grupos. Seguirá a dieta proposta pela nutricionista. Aceitou receber ajuda psicológica para tentar parar de fumar.

Propostas de intervenção com cronograma e responsáveis

A equipe, ciente que a paciente tem problemas no seguimento do tratamento, convidou o filho João para que acompanhasse dona Olinda nas consultas. Este se comprometeu a auxiliar e fiscalizar o tratamento. Alega que será mais

presente e faz questão que a equipe comunique a real situação clínica da mãe, para ajudar na medida do possível. Sua esposa e filhos também se comprometeram a auxiliar. Foi estipulado um cronograma de revisão, com consultas a cada 15 dias, com agendamento prévio. A família recebeu o calendário dos grupos de hipertensos e diabéticos. A agente comunitária de saúde fará visitas frequentes. A paciente se comprometeu a comparecer na nutricionista e psicóloga nas datas agendadas.

Definição do profissional de referência do caso

Independente da formação do profissional, devemos considerar o vínculo deste com o usuário. A agente comunitária Rosane, que também é técnica em enfermagem, e tem bom vínculo com dona Olinda, conhecendo-a a anos, irá acompanhar de perto o caso. Fará visitas mais frequentes, verificando pressão e glicemia, fiscalizando o andamento das ações e seguimento correto da paciente. O restante da equipe será imediatamente alertado sobre alterações no planejamento inicial.

Definição de periodicidade para reavaliação

- A consulta médica de revisão será quinzenal.
- Aferição residencial diária da pressão arterial e glicemia, com anotação dos resultados.
- Nas consultas de reavaliação, se discutirá a evolução clínica da paciente e as estratégias utilizadas, definindo a necessidade de ajustes no tratamento proposto, conforme os resultados alcançados.

Resultados Observados:

Com relação à evolução do caso, após a realização do PTS acima descrito, a paciente apresentou melhora significativa do controle da HAS e DM2, além de melhora no perfil lipídico nos últimos exames laboratoriais. Compareceu mensalmente as consultas de revisão. A paciente também está participando de forma regular dos grupos de apoio da ESF. Presume-se estar fazendo uso adequado das medicações prescritas, após vigilância da família e

equipe do ESF. Entretanto, permanece fumando, e não demonstrou interesse nas consultas com a nutricionista e psicóloga. Continua obesa e sedentária.

Diante do quadro inicial, consideramos a evolução da paciente progressiva e satisfatória, porém passível ainda de melhorias. Os familiares têm assistido e acompanhado as consultas. Estamos buscando medidas que possam estimular ainda mais a adesão da usuária ao tratamento clínico. Visamos que a mesma seja acompanhada por equipe multidisciplinar, se atendo na dieta, atividade física e cessação do tabagismo, aceitando o fato de que apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para total controle das comorbidades.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Durante o período que atuei no "ESF II - Prevenir é a Solução", no município de Doutor Maurício Cardoso/RS, constatei que o perfil populacional que mais procura atendimento na unidade são os idosos, com múltiplas comorbidades clínicas. Os transtornos de saúde mental são muito frequentes. Entre estes, os transtornos de humor são os mais prevalentes, com destaque para depressão e ansiedade generalizada. Além disso, são comuns os distúrbios do sono e abuso de medicações, como os benzodiazepínicos e analgésicos em geral.

Diante de tal realidade, se fazia necessário organizar o serviço de maneira a prestar um atendimento adequado a estes usuários. O Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB Nº 34, 2013) foi uma importante fonte de busca de conhecimento. Era perceptível que boa parte dos pacientes fazia tratamento há muito tempo, com drogas diversas, porém sem acompanhamento regular com profissionais de saúde. Poucos faziam psicoterapia adjuvante ao tratamento medicamentoso. A maioria acabava abandonando a psicoterapia após algumas sessões, mas mantinha o uso da medicação. A prescrição era renovada sem nenhum controle.

É consenso em saúde mental que a psicoterapia deve ser medida inicial e contínua na terapêutica dos transtornos de humor. Boa parte dos pacientes sequer necessita introdução de medicamentos para tratar sintomas psiquiátricos leves, e podem ter boa evolução apenas com a psicoterapia. O tratamento medicamentoso tem indicação nos quadros de sintomatologia crônica e recidivante. Deve se restringir a casos específicos, quando ocorrer falha da psicoterapia, e não o contrário.

Concluí que era preciso reavaliar todos os pacientes, e priorizar o agendamento de alguns. Em conjunto com a psicóloga do NASF, relacionamos os que estavam em tratamento medicamentoso + psicoterápico adjuvante, e aqueles que apenas traziam receitas para renovação sistemática, porém não passavam por uma avaliação médica criteriosa e recorrente. Consideramos determinados aspectos, como as singularidades de cada usuário, conflitos familiares e situações de vulnerabilidade social, capazes de interferir no tratamento e prognóstico.

Através disto, pude remanejar o tratamento de muitos pacientes, reavaliando as medicações e doses prescritas, além de enfatizar a importância da psicoterapia adjuvante. Durante as consultas de revisão também tivemos uma janela de oportunidade para identificar comorbidades, solicitar exames e orientar a importância da mudança de estilo de vida. Alguns usuários aceitaram iniciar tratamento para tabagismo e alcoolismo. Além do acompanhamento com psicólogo, a farmácia do município conseguiu disponibilizar gratuitamente medicamentos importantes como nicotina em adesivo, bupropiona e naltrexona. Alguns cessaram totalmente o uso dessas substâncias, apesar de muitas outras falhas terapêuticas.

Estamos atuando ainda no combate ao abuso de benzodiazepínicos. Constatei que grande parte dos usuários não tinha noção dos riscos a exposição de dosagens abusivas destes fármacos, e suas possíveis consequências. Seguindo as orientações do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, bem como as aulas que tive acesso no curso de especialização a respeito do tema, procurei introduzir medicações alternativas. Para melhorar o bem-estar dos pacientes com distúrbios do sono, expliquei sobre a importância da higiene do sono e mudanças no estilo de vida (dieta, atividade física, perda de peso). Entre todas as ações implementadas na saúde mental esta tem sido a mais difícil, pois existe uma grande relutância dos pacientes em aderir às medidas propostas, sobretudo os idosos.

Ressaltamos a importância da família no tratamento em saúde mental. Havia muitos casos de abandono total da terapia, com recidiva e piora significativa dos sintomas, causando inclusive riscos de vida aos pacientes. O contato constante com os cuidadores tem nos auxiliado no manejo da doença. Este ajuda na administração das medicações, lembrando as consultas agendadas e apoiando durante momentos de dificuldade no tratamento. Se possível, solicitamos que um acompanhante esteja presente nas consultas para estar ciente do quadro clínico. Através do diálogo esclareço dúvidas, fazendo a família entender a situação e ser nossa aliada no enfrentamento do problema. Ela pode ser um instrumento poderoso de ajuda nas ações da equipe.

Nos casos de transtornos de saúde mental de difícil controle e refratários ao tratamento, encaminhamos os pacientes para consultas com psiquiatra em

serviço de referência. Temos mantido o seguimento dos mesmos e acompanhado as evoluções com atenção, fato que não ocorria anteriormente em muitos casos. Isso foi um dos fatores que contribuiu na inadequada situação a que os pacientes de saúde mental estavam submetidos, e buscamos reverter.

4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é um instrumento que possibilita a aproximação da equipe de saúde com a comunidade. A conversa no consultório por vezes não é suficiente para mostrar o conjunto de problemas e dificuldades de cada paciente. Anteriormente, esta prática era empregada apenas nos casos de solicitação prévia do usuário ou familiares, ou quando algum membro da equipe julgava necessário. Resumidamente, apenas àqueles que tinham dificuldade ou impossibilidade de deslocamento até a UBS. A mudança dessa prática era necessária para promover a equidade do atendimento. Passamos então a realizar visitas domiciliares aos portadores de doenças crônicas, para melhorar o seguimento e observar com profundidade a realidade vivida por cada indivíduo.

O tratamento medicamentoso é apenas parte da terapêutica, sendo preciso avaliar outras variáveis que afetam o controle das patologias crônicas, muitas destas impossibilitadas de serem realizadas na íntegra dentro do consultório médico. Cito como exemplos alimentação, prática de atividades físicas, condições sanitárias da moradia e ambiente de convívio familiar. Determinados pacientes afirmavam seguir o tratamento proposto no consultório na íntegra, mas a realidade em loco se mostrava diferente em muitos aspectos. Os motivos para a má aderência eram múltiplos, e a visita domiciliar ajudou a elucidá-los. Isto auxiliou a equipe a rever práticas, melhorar a metodologia de seguimento, melhorando a qualidade de vida dos nossos usuários.

Nossa territorialização é predominantemente a área rural do município, constituída por minifúndios de subsistência, com vários núcleos familiares reunidos em pequenas comunidades, distantes quilômetros da UBS. As condições de trafegabilidade das estradas são difíceis e dificultam o deslocamento. A prefeitura recebeu do Governo Federal uma caminhonete com tração que serve como meio de transporte da equipe. Demais veículos da Secretaria de Saúde, como as ambulâncias, têm dificuldades de acesso a determinadas áreas.

Devido aos problemas logísticos, optamos por visitar uma comunidade semanalmente. Através de informações das ACS e dos casos cotidianos da UBS, escolhemos quais casas teriam prioridade de receber a visita domiciliar.

Obviamente, visitas que se julgam urgentes são priorizadas, como pacientes acamados e com necessidades especiais, indiferente da localidade onde seja necessário. Quanto aos pedidos de visita nos casos de doenças agudas, eventualmente é realizada apenas pelo enfermeiro. Isto se deve a elevada demanda por atendimentos na UBS, que impossibilita o deslocamento regular do médico até a residência. Os casos são avaliados isoladamente, e por vezes o paciente é trazido pela secretaria de saúde diretamente até a UBS/hospital para ser avaliado. Nosso planejamento tem seguido essa logística. Dessa forma, estamos conseguindo visitar um maior número de casas. Anteriormente era frequente os relatos de pacientes que alegavam nunca terem recebido outro membro do ESF além das ACS.

A visita geralmente é realizada por médico, enfermeiro/técnico e ACS. Na maioria das vezes os profissionais do NASF não nos acompanham, devido à alta demanda por atendimentos na UBS. As visitas domiciliares de profissionais como psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista são em número reduzido, sobretudo após solicitação da equipe. Aferir a pressão arterial, teste glicêmico e realizar curativos são os procedimentos habituais durante as visitas. Levamos materiais básicos para esta finalidade, caixa de primeiros-socorros e alguns medicamentos básicos em caso de necessidade, pois é frequente encontrar pacientes com falta de medicação em casa.

Em relação às condições da moradia, observo muitos aspectos:

- Materiais de construção (madeira / alvenaria)
- Tipo de piso (barro / carpete) e obstáculos (degraus)
- Número de cômodos e espaço interno (compatibilidade com número de pessoas)
- Adaptações necessárias para prevenir acidentes com idosos e crianças
- Características dos móveis (geladeira / fogão / TV)
- Condições sanitárias (banheiro com fossa séptica / água tratada)
- Eletricidade
- Meios de comunicação (internet / telefonia)
- Veículos de transporte

Durante a visita domiciliar, busco um diálogo franco sobre diversos assuntos, como problemas de saúde e preocupações, além das relações familiares. É importante saber sobre características dos demais membros que convivem na mesma residência, pois a estrutura familiar não pode ser aspecto negligenciado. Não podemos esquecer que o indivíduo está inserido num contexto de múltiplas variáveis. Procuo saber sobre as principais atividades do cotidiano, crenças religiosas, rotina de trabalho, atividades de lazer e entretenimento, convívio social e participação na comunidade, dificuldades financeiras para aquisição de medicamentos e itens básicos de subsistência. Evidentemente, sempre com muita discrição e respeitando a privacidade. Através disso, consigo formular uma opinião subjetiva sobre a situação atual do paciente, avaliando seu comportamento emocional, nível de instrução/intelectual, interação com os demais membros da família, preocupações com a saúde e suas expectativas com a vida.

Após este diálogo inicial, realizo um exame físico direcionado e discuto sobre as dificuldades do tratamento atual, os medicamentos de uso contínuo, horários, doses e efeitos colaterais das medicações. Frequentemente encontramos remédios vencidos, em falta, além do uso incorreto. Discuto um pouco a respeito dos hábitos alimentares, higiene no preparo e conservação dos alimentos. Procuo entender os motivos da inadequação dietética. Em muitas ocasiões, a dieta de todos os membros da família deve ser modificada.

No caso do cuidador, procuro avaliar o nível emocional e de instrução do mesmo, faço esclarecimentos e coloco a equipe sempre a disposição quando necessário. Esta é uma maneira de tranquilizar os familiares, pois percebemos que estes têm dúvidas e aflições que os levam a solicitar as visitas domiciliares. Oriento as responsabilidades que as partes devem ter com relação ao cuidado do paciente, para que não seja restrita apenas a equipe de saúde.

Em suma, durante as visitas domiciliares faço um pequeno relatório sobre as condições observadas caso a caso. Conheço um pouco mais a intimidade do paciente, que por estar dentro de sua residência está mais seguro e confortável para falar, o que evita a inibição passível de ocorrer num ambiente de consultório. A introspecção não é favorável ao seguimento do

tratamento, estando o médico na incumbência de gerar empatia e confiança do paciente e de seu núcleo familiar.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização foi uma oportunidade ímpar de agregar novos conhecimentos na área de saúde coletiva, que utilizarei no cotidiano da minha prática médica, ao longo de toda minha carreira. Através dele, pude me familiarizar com conceitos em saúde coletiva que não estavam amplamente solidificados após minha graduação no curso de medicina.

Os conteúdos abordados durante as aulas foram muito amplos, com ênfase nas doenças mais prevalentes na prática diária do médico generalista, abrangendo as diferentes áreas do conhecimento da medicina. Desta forma, foi um excelente modo de revisar vários protocolos de tratamento, aplicando-os à nível de saúde pública.

O curso também mostrou didaticamente maneiras de realizar pesquisas acadêmicas. Diante do volume de informação que temos disponível em tempos atuais, com o advento da internet e das plataformas virtuais de pesquisa, é imprescindível saber onde e como procurar o conhecimento científico.

Ficou evidente a necessidade de um prontuário médico preenchido corretamente, com riqueza de informações e legível. Isto facilita o seguimento dos pacientes, e serve de fonte de informação para os demais profissionais de saúde. Tenho utilizado o modelo SOAP para registro das informações, pois o considero simples e didático.

Não tinha o hábito de fazer a rotina de notificação compulsória do SINAM (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). Este ano procurei cumprir com esta obrigação, ciente que a coleta dos dados é importante na formulação de políticas de saúde.

Pude comprovar na prática a importância da promoção de saúde, através de palestras e grupos. Quanto maior a adesão dos pacientes, melhores são os resultados alcançados. Tenho enfatizado a necessidade da mudança de estilo de vida aos pacientes, sobretudo dieta, perda de peso e atividade física, as quais anteriormente não tinha hábito de fazer. Considero cada encontro uma oportunidade de revisar o tratamento medicamentoso, aferir dados clínicos (peso, PA, glicemia) e encontrar comorbidades. Possuo em minha área muitos pacientes obesos, sedentários, etilistas e tabagistas. Oriento sobre os riscos e ofereço alternativas de tratamento em caráter multidisciplinar.

Temos um elevado número de pacientes que apresentam queixas recorrentes de dores generalizadas, sendo a dorsalgia a queixa mais frequente das consultas. Acreditamos que isso se deve a atividade laboral intensa na agricultura. Por conseguinte, criamos um grupo de saúde para melhorar a qualidade de vida e reabilitar a capacidade laboral destes usuários. Participar da formulação deste grupo foi gratificante, pois a melhora de muitos pacientes foi significativa. Além disso, foi possível diminuir a automedicação e o abuso de analgésicos por parte de alguns indivíduos.

Aprendi muito ouvindo meus pacientes. Tive contato com perfis populacionais que pouco havia trabalhado desde que concluí o curso de medicina, sobretudo a população rural e pacientes idosos. Hoje tenho a convicção que cada indivíduo está inserido em um determinado contexto, e nossas ações têm que ser voltadas a adequar nossa propedêutica ao universo do paciente e suas singularidades.

Acredito que as ações de saúde na ESF ainda estão muito centradas na figura individualista do médico. A própria formação acadêmica que os médicos recebem ainda está enraizada nessa visão defasada. A equipe multidisciplinar é essencial para determinar as ações e atuar conjuntamente na organização e planejamento do serviço. As práticas de saúde também dependem, impreterivelmente, da interação da equipe com a comunidade. A tomada de ações conjuntas, observando os problemas e anseios da população, acaba formando uma engrenagem robusta e eficiente.

6 REFERÊNCIAS

- 1- PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Serv. Saúde, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.
- 2- GUS, Iseu; HARZHEIM, Erno; ZASLAVSKY, Cláudio; MEDINA, Cláudio; GUS, Miguel. **Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre (RS).
- 3- LYRA JÚNIOR, DP; AMARAL, RT; VEIGA, EV; CÁRNIO, EC; NOGUEIRA, MS; PELÁ, IR. **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):435-41.
- 4- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.
- 5- CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade.** Belo Horizonte (MG): Postgraduate; 1998.
- 6- VERAS, RP. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cad. Saúde Pública; 2003 maio-junho; 19(3):705-15.
- 7- TEIXEIRA, JJV; LEFÉVRE, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** Rev. Saúde Pública; 2001 abril; 35(2):207-13.

- 8- CESARINO, CB. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica** [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.
- 9- CABRERA, Marcos A.S.; JACOB FILHO, Wilson. **Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia; 2001; 45(5): 494-501.
- 10- CONSENSO BRASILEIRO DE DISLIPIDEMIAS. **Detecção, Avaliação e Tratamento (II)**. Arq. Bras. Cardiol; 1996; 67: 109-28.
- 11- TAVARES, EL; ANJOS, LA. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. Cad. Saúde Pub; 1999; 15(4): 759-68.
- 12- TADDEI, CFG, et al. **Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras**. Arq. Bras. Cardiol; 1997; 69(5): 327-33.
- 13- ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu. **Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 2002; 79(6): 635-639.
- 14- GUS, I. **Expectativa de vida do idoso e fatores de risco coronariano**. Rev. Soc. Cardiol. do RS; Porto Alegre; 1999; 8: 5-10.
- 15- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Internações por Doenças do Coração**. DATASUS/FNS/MS. Assessoria Técnico-Gerencial/GM/MS; Brasil, Brasília (DF); 1996.
- 16- BASTOS BARBOSA, Rachel G; FERRIOLLI, Eduardo; MORIGUTI, Julio C; NOGUEIRA, Charlys B; NOBRE, Fernando; UETA, Julieta; LIMA, Nereida K. C. **Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão**. Departamento de Medicina Interna, Ribeirão Preto, Escola de

Medicina; Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Ribeirão Preto (SP) – Brasil.

17- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 36). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília; 2013; 160 p.: il.

18- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 37). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília; 2013; 128 p.: il.

19- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 34). **Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília; 2013; 176 p.: il.

20- MILECH, Adolfo [et. al.]; organização, José Egidio Paulo de Oliveira; Sérgio Vencio - São Paulo; A.C. Farmacêutica. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**; (2015-2016).

21- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standard of medical care in diabetes**. Diabetes Care; 2014; 37: 14-80.

22- DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI, ER. **Medicina Ambulatorial: Conduta de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4 ed. Artmed, 2013. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Ministério da Saúde – Brasília; 2012.

23- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 05). **Saúde do Trabalhador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília; 2002.

7 ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



**PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL
DA ATENÇÃO BÁSICA**

Claudemir Modesti Junior

**ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES
COM DORSALGIA CRÔNICA**

Doutor Maurício Cardoso
Agosto/2016

Resumo

Este Projeto de Intervenção tem por finalidade trabalhar com usuários do “ESF - Prevenir é a Solução” que apresentam problemas crônicos na coluna vertebral decorrentes de atividades laborais em meio rural. Neste estudo temos como meta propor medidas de profilaxia e mostrar alternativas de tratamento para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Temos como enfoque propor o atendimento e acompanhamento multidisciplinar destes pacientes. Será instituída a criação de um grupo para trabalhar especificamente com os portadores de problemas na coluna vertebral, devido ao fato da constante procura deste pacientes em decorrência de dores crônicas, com múltiplas consultas a cada mês, o que acarreta em dificuldade de acesso, causado pela elevada demanda. Nosso enfoque é trabalhar com a população rural, de baixa renda e baixo nível de escolaridade, por acreditarmos que este é o grupo que mais sofre com tal problema e melhor se beneficiaria desta abordagem. Utilizaremos como método de avaliação a prática clínica e exames de imagem, como radiografias, tomografias computadorizadas e ressonância nuclear magnética. Os pacientes serão rastreados e utilizaremos o grupo para desenvolver atendimento e acompanhamento multidisciplinar, medidas estas que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a reabilitação da capacidade laboral dos mesmos.

Palavras-chave: Dorsalgia. Trabalho. Brasil.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	PROBLEMA	28
3	JUSTIFICATIVA	29
4	OBJETIVOS	30
4.1	OBJETIVO GERAL	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5	REVISÃO DE LITERATURA	31
5.1	DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DORSALGIA	31
5.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	32
6	METODOLOGIA	34
7	CRONOGRAMA	37
8	RECURSOS NECESSÁRIOS	38
9	RESULTADOS ESPERADOS	39
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO PI	40
11	ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

O ESF “Prevenir é a Solução” tem como área de atuação a zona rural do município de Doutor Maurício Cardoso. No tocante ao contexto local, esta população está inserida em atividades laborais de agricultura familiar em minifúndios, sendo que sua maioria dispõe de pouca ou nenhuma mecanização auxiliar no processo de cultivo de grãos, pecuária e atividades afins.

Tais atividades braçais, associadas ao baixo nível de escolaridade e orientação da população, aliada a pequena gama de alternativas de geração de renda que não sejam as atividades que necessitem de aptidão física estritamente, tem causado elevadas taxas de procura a unidade de saúde por sinais e sintomas relacionados a problemas da coluna vertebral.

Observando tal demanda e a recorrência dos pacientes, os quais buscando atendimento na maioria das vezes com queixas similares ou correlatas a consultas anteriores, sendo a dorsalgia a principal delas, nos fez refletir se a eficácia da nossa equipe de saúde estava sendo adequada no manejo de tais casos.

Na busca de minimizar a situação vigente, julgamos necessário aprimorar as condutas de profilaxia, rastreamento e tratamento dos pacientes portadores de afecções da coluna vertebral. Neste âmbito, chegamos à conclusão que a criação de um grupo multidisciplinar seria a melhor medida para que as três esferas acima citadas pudessem ser colocadas em prática com a melhor eficácia e disponíveis ao maior número possível de usuários, melhorando a qualidade da atenção.

Com a criação do grupo multidisciplinar pretendemos melhorar o acompanhamento clínico do doente, identificando individualmente os motivos da recorrência à busca de atendimento. Orientaremos através de palestras cuidados relacionados à profilaxia, contemplando um maior número de usuários, proporcionando aos mesmos um tratamento qualificado, melhorando a qualidade de vida e a capacidade laboral dos nossos pacientes em médio prazo.

2 PROBLEMA

O Município de Doutor Maurício Cardoso apresenta um grande contingente de trabalhadores no meio rural, muitos dos quais de baixa renda e nível de escolaridade/instrução. As atividades laborais desses agricultores acarretam em múltiplos problemas osteomusculares, sobretudo na coluna vertebral. Isto tem acarretado um número excessivamente alto de consultas por dorsalgia crônica, e com relativa frequência pelos mesmos usuários, sobrecarregando o atendimento da ESF. Esta alta demanda nos faz repensar se nossa equipe está tendo a efetividade ideal, e o que mais poderíamos fazer para melhorar a qualidade de nosso atendimento para com os pacientes.

3 JUSTIFICATIVA

Nossa área de atuação na “ESF2 – Prevenir é a Solução” abrange toda a área rural do município. Estimamos que a maioria dessa população desenvolva atividades laborais diárias, na própria zona rural, utilizando mão-de-obra braçal, com pouco ou nenhum auxílio de mecanização.

Constatamos que um número expressivo da população sabe que determinadas atividades/exercícios são inadequados para a coluna vertebral. A maioria refere algum episódio de dorsalgia semanalmente. Porém, temos conhecimento que a maior parte não toma nenhuma medida de profilaxia para evitar problemas na coluna vertebral, por falta de instrução adequada e/ou por não ver alternativas na realização das suas atividades diárias, considerando a dor como algo necessário e inerente ao trabalho.

A demanda de atendimento dos mesmos pacientes com algum tipo de queixa relacionada à coluna vertebral tem sobrecarregado a equipe. Nesta ótica a criação de um grupo de apoio multidisciplinar para estes usuários melhoraria o manejo imediato e o acompanhamento dos mesmos, com enfoque no tratamento sintomático, de reabilitação e profilaxia. No médio prazo, acreditamos que tal prática diminuiria a sobrecarga de consultas deste perfil.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Criar um grupo de saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dorsalgia crônica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes com problemas crônicos na coluna vertebral.
- Atuar na redução dos sintomas álgicos relacionados à coluna vertebral.
- Orientar a população rural sobre os cuidados de profilaxia de lesões na coluna vertebral.
- Buscar diminuir os riscos de agravos do quadro clínico vigente.
- Oferecer acompanhamento multidisciplinar aos pacientes identificados.
- Reabilitar a capacidade laboral e modificar hábitos de vida da população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DORSALGIA

A Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS reconhece a dorsalgia como um comprometimento que revela perda ou anormalidade da estrutura da coluna vertebral de etiologia psicológica, fisiológica ou anatômica.

A dorsalgia também pode ser classificada em mecânico-degenerativa ou não mecânica (inflamatória, infecciosa, metabólica, neoplásica ou secundária a doenças sistêmicas). Entre as lombalgias não orgânicas estão às psicossomáticas. As inespecíficas representam 80% de todos os casos registrados em adultos e acometem principalmente indivíduos entre 20 e 55 anos (1).

A origem da dor pode estar nas articulações, discos, vértebras, músculos ou ligamentos, que podem sofrer irritação ou inflamações. As estruturas mais acometidas são os músculos e ligamentos. Dessa forma, 97% dos casos de dorsalgia têm origem musculoesquelética (2).

A lombalgia aguda tem início súbito, com duração inferior a seis semanas. Na maioria das vezes é autolimitada e dura em média de um a sete dias. Cerca de 90% dos pacientes se recuperam espontaneamente, mas 30% a 60% podem apresentar recidiva da dor em um a dois anos.

A lombalgia crônica ocorre em somente cerca de 8% dos casos, ultrapassa 12 semanas, compromete a produtividade e tem maior dificuldade de se resolver por completo (3). Em um estudo feito no Brasil, 76,7% dos indivíduos com dor lombar crônica apresentaram quadro algico em intensidade que comprometia a realização das atividades laborais (4).

5.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O manejo da dor em sua totalidade depende de ampla avaliação individual, considerando aspectos físicos, psíquicos, sociais e culturais. A dor significa um agravo à existência, pois não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões, como a relação consigo mesmo, família, trabalho e lazer (5).

A dor lombar pode atingir até 65% das pessoas anualmente e 84% em algum momento da vida (6). Apresenta prevalência de aproximadamente 11,9% na população mundial (7), causando grande demanda aos serviços de saúde (8). Apesar da estatística, um diagnóstico específico das causas não é determinado entre 90-95% dos casos (9), pois a dorsalgia apresenta caráter multifatorial (10).

Até 70% das pessoas acima de 40 anos e 80% a 90% acima de 50 anos apresentam algum problema de coluna. A dor pode ser muito influenciada por estresses psicológicos, depressão e outros fatores não orgânicos (2). Tem relação com múltiplas causas, como fatores sócio-demográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), estado de saúde, comportamentos (tabagismo, alimentação e sedentarismo) e ocupação (trabalho físico pesado, movimentos repetitivos) (3). Cerca de 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados por causa desta morbidade (11).

Nos Estados Unidos, a lombalgia é a principal causa de limitação das atividades em pessoas abaixo dos 45 anos, a segunda razão mais frequente para visitas médicas, a quinta de admissão hospitalar e a terceira de procedimentos cirúrgicos (12).

A dorsalgia atinge principalmente a população em idade economicamente ativa, podendo ser altamente incapacitante e é uma das mais importantes causas de absenteísmo, gerando elevado custo à sociedade, sistemas de saúde e seguridade social (12). Está associada a vários fatores, sendo modificável através de intervenções específicas como realocação no trabalho, modificação de crenças disfuncionais e tratamento da depressão (13).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), apontou em 2008 que afecções da coluna eram a segunda morbidade mais prevalente entre as patologias crônicas identificadas (13,5%), superadas

apenas pela hipertensão arterial (14%), atingindo 30% dos brasileiros na faixa de 50 a 59 anos de idade (14,15).

Um estudo realizado em Campinas-SP, em 2008 e 2009, envolvendo 1.118 indivíduos entre 18 a 59 anos, constatou uma prevalência de dorsalgia de 30,6%, acometendo 34,4% das mulheres e 26,5% dos homens. Esta se mostrou mais elevada nas mulheres, nos de menor escolaridade, nos que trabalhavam mais de 40 horas semanais, nos fumantes e ex-fumantes, nos que não faziam atividade física recreativa e nos ativos nas atividades domésticas e de trabalho. Revelou-se ainda crescente com a idade e o número de filhos, e quando comorbidades associadas (16).

Outro estudo transversal, realizado em Pelotas-RS, determinou a prevalência de dorsalgia crônica na população estudada em 4,2%. Evidenciou associação desta com as variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, tabagismo, índice de massa corporal, trabalho deitado, carregar peso e realizar movimento repetitivo (4).

Em relação ao sedentarismo, uma revisão sistemática verificou que em países desenvolvidos, onde a demanda física no trabalho é menos intensa, a prevalência da lombalgia é duas vezes maior, comparada à população de países de baixa renda, onde a exigência física laboral é maior. Com base nisto, o sedentarismo parece ter um maior impacto na ocorrência da dor lombar quando comparado ao trabalho físico intenso (17).

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, além do 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 (18, 19, 20). Tais mudanças são fatores de risco para a ocorrência de dorsalgia (7, 21).

6 METODOLOGIA

Diante das dificuldades que o manejo da dorsalgia nos impõe na prática diária, no contexto da população assistida em nossa ESF, concluímos que reunir os pacientes com diagnósticos prévios de afecções na coluna vertebral, bem como os acometidos por dor crônica neste sítio, em um grupo específico de controle, seria uma maneira de melhorar o acompanhamento/seguimento destes casos. Buscamos com isso também diminuir o fluxo de consultas repetitivas de determinados pacientes, relacionadas à dorsalgia crônica, nas quais observávamos pouca resolubilidade dos sintomas e do quadro clínico vigente.

Através de uma abordagem multidisciplinar, utilizando os sistemas de informação, bem como a análise dos prontuários médicos, iremos classificar os pacientes que se enquadram na participação do proposto grupo de acompanhamento. Para isso, vamos dispor de dois critérios de classificação, sendo eles o quadro clínico e a interpretação dos exames de imagem da coluna vertebral, quando presentes.

Em relação ao critério clínico, serão inseridos (convidados a participar) no grupo os pacientes que realizaram mais de 02 consultas nas últimas 12 semanas, com alguma manifestação de dor relacionada à coluna vertebral. Os pacientes com afecções estruturais da coluna, que possuem diagnóstico prévio através de exames de imagem, também serão automaticamente convidados a participar das atividades do grupo, em decorrência do risco estatístico de sofrerem com maior frequência e intensidade de dor crônica, comparativamente a população sem alterações anatômicas da coluna vertebral.

O grupo terá acompanhamento de equipe multidisciplinar, em encontros mensais com aproximadamente 1h30min de duração, onde serão realizadas palestras educativas de promoção à saúde, com foco em temas variados, como profilaxia e cuidados gerais com a coluna vertebral, importância da atividade física, controle do peso, importância do tratamento fisioterápico, orientação para evitar uso excessivo de analgésicos, riscos do vício/dependência em analgésicos, entre outros. Serão ministradas por profissionais de diferentes

áreas da saúde. Após a palestra, será realizado o esclarecimento de dúvidas dos pacientes.

Cada encontro terá como enfoque um tema de alguma área da saúde, sendo ministrada pelo profissional da ESF e/ou quadro complementar vinculado a Secretaria de Saúde. Os profissionais participantes ficaram incumbidos das seguintes atividades:

- ACS estarão imbuídas na busca ativa, sendo fonte constante de coleta de informações para a equipe, além de comunicar/lembrar os pacientes a respeito das datas dos grupos.
- A enfermagem auxiliará na aplicação do questionário aos pacientes e na pesagem.
- A nutricionista no combate do sobrepeso, e suas repercussões no esqueleto axial.
- O psicólogo com a psicoterapia adjuvante ao tratamento medicamentoso, nos casos de dor de ordem psicossomática exclusiva e/ou associada a causas orgânicas.
- O fisioterapeuta dentro de suas atribuições, na restauração e alívio dos sintomas nos casos que se beneficiem de fisioterapia regular ou transitória.
- O educador físico irá elaborar programas de atividade física coletiva (como alongamentos, educação postural, reforço muscular e equilíbrio), que serão ministradas semanalmente para os pacientes do grupo que tiverem interesse de participar. Em casos específicos, poderá fazer um programa de condicionamento individual, respeitando as limitações de cada paciente. Incentivar a participação em grupos de atividade física ou grupos de práticas integrativas.
- O médico na prescrição de medicamentos, solicitação de exames diagnósticos, encaminhamentos a especialistas, avaliação de quadros não orgânicos (dor psicossomática / distúrbios psíquicos) e orgânicos correlacionados, como a osteoporose.

Ao final de cada encontro, os participantes serão submetidos a um questionário. Com tal ferramenta, através da interpretação dos dados colhidos, poderemos direcionar a metodologia de trabalho do grupo, otimizando o mesmo. Os temas das palestras subsequentes serão os sugeridos pelos participantes, buscando melhorar a adesão e a elucidação de dúvidas.

Os profissionais de saúde utilizarão a avaliação clínica, bem como a análise de exames de imagem para propor e/ou modificar condutas e adequá-las individualmente. Com isso também poderemos avaliar a necessidade de encaminhamento destes indivíduos a média / alta complexidade. Com o conhecimento adequado de cada caso, poderá ocorrer um melhor controle do fluxo de informações da equipe de saúde com os serviços de referência, melhorando o seguimento clínico de nossos pacientes.

Portanto, o questionário e a avaliação dos diferentes profissionais envolvidos no seguimento das atividades do grupo, direcionarão os rumos deste, visando a excelência do atendimento.

7 CRONOGRAMA (2016 / 2017)

ATIVIDADES	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
APRESENTAÇÃO DO GRUPO PARA EQUIPE DE ESF	X											
BUSCA ATIVA DE PACIENTES - ACS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ATIVIDADE FÍSICA COLETIVA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PESAGEM		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
QUESTIONÁRIO + ANÁLISE DE DADOS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
REUNIÃO DA EQUIPE PARA DEBATER CASOS		X			X			X			X	
PALESTRA MÉDICO		X			X			X			X	
PALESTRA PSICÓLOGO			X			X			X			X
PALESTRA NUTRICIONISTA				X			X			X		

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala com estrutura para realização do grupo.
- Equipamento de multimídia.
- Disponibilidade de profissionais de saúde: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, ACS, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo.
- Acesso a exames de imagem (COFROM / convênio da Sec. de Saúde).
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- Ata de controle de frequência dos pacientes.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Boletins de atendimento coletivo.
- Questionários do paciente.
- Balança.
- Canetas e papéis.

9 RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar consultas recorrentes de palição da dor e focar na resolutividade das afecções relacionadas à coluna vertebral.
- Viabilizar atendimento a um grupo específico de pacientes.
- Acompanhar um maior número de pacientes, trabalhando a profilaxia, com a finalidade de melhora prognóstica.
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa / coletiva.
- Buscar adesão ao tratamento.
- Compartilhar vivências e conhecimentos.
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente.
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.
- Gerenciar adequadamente questões de referência / contra referência.
- Evitar encaminhamentos desnecessários a alta complexidade.
- Combater a automedicação / intoxicação e/ou vício em analgésicos.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO PI

- 1- NORDIM M; WEISER SR; DOORN JWV; HIEBERT R. **Nonspecific low back pain.** In: Rom WN, editor. Environmental and occupational medicine. 3 RD ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998; p 947-57.
- 2- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 28). **Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília; 2012; 160 p.: il.
- 3- ANDERSSON, G. **Epidemiological features of chronic low-back pain.** Lancet; 1999; 354:581-5.
- 4- COZZENSA DA SILVA, Marcelo; GASTAL FASSA, Ana Claudia; JORGE VALLE, Neiva Cristina. **Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 20(2): 377-385; mar-abr (2004).
- 5- SANCHES, LM; BOEMER, MR. **O convívio com a dor: um enfoque existencial.** Rev. Esc. Enferm. USP; 2002; 36(4): 386-93.
- 6- WALKER, BF. **The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998.** J. Spinal Disord; 2000; 13: 205-17.
- 7- HOY, D; BAIN, C; WILLIAMS, G; MARCH, L; BROOKS, P; BLYTH, F; et al. **A systematic review of the global prevalence of low back pain.** Arthritis Rheum; 2012; 64: 2028-37.
- 8- HART, LG; DEYO, RA; CHERKIN, DC. **Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey.** Spine (Phila. Pa 1976) 1995; 20:11-9.

9- KRISMER, M; VAN TULDER, M. **Low back pain (nonspecific)**. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol; 2007; 21: 77-91.

10- O'SULLIVAN, P. **Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism**. Man Ther; 2005; 10: 242-55.

11- TEIXEIRA, MJ. **Tratamento multidisciplinar do doente com dor**. In: CARVALHO MMMJ, organizador. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus Editorial; 1999; p 77-85.

12- FREIRE, M. **O efeito do condicionamento físico pela caminhada, na dor lombar crônica** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

13- GÓES SALVETTI, Marina; MATTOS PIMENTA, Cibele; BRAGA, Patrícia Emília; FERNANDES CORRÊA, Claudio. **Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados**.

14- IBGE. 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: IBGE; 2010.

15- BARROS, MBA; FRANCISCO, PMSB; ZANCHETTA, LM; CÉSAR, CLG. **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil**. PNAD: 2003-2008. Ciênc. Saúde Coletiva; 2011; 16: 3755-68.

16- IGUTI, Aparecida Mari; FRAGA BASTOS, Tássia; AZEVEDO BARROS, Marilisa. **Dor nas costas em população adulta: estudo de base populacional em Campinas**. São Paulo, Brasil; Faculdade de Ciências Médicas, Univ. Estad. Campinas; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 31(12): 2546-2558; dez, 2015.

17- VOLINN, E. **The epidemiology of low back pain in the rest of the world: a review of surveys in low- and middle-income countries.** Spine (Phila. Pa 1976) 1997; 22: 1747-54.

18- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

19- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013.

20- NG, M; FLEMING, T; ROBINSON, M; THOMSON, B; GRAETZ, N; MARGONO, C; et al. **Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** Lancet 2014; 384: 766-81.

21- SHIRI, R; KARPPINEN, J; LEINO-ARJAS, P; SOLOVIEVA, S; VJJKARI-JUNTURA, E; **The association between obesity and low back pain: a meta-analysis.** Am. J. Epidemiol; 2010; 171: 135-54.

22- FERREIRA, ML; MACHADO, G; LATIMER, J; MAHER, C; FERREIRA, PH; SMEETS, RJ. **Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys.** Eur. J. Pain; 2010; 14: 747.e1-.e7.

23- MARRAS, WS. **Spine biomechanics, government regulation, and prevention of occupational low back pain.** Spine J; 2001; 1: 163-5.

24- SCHNEIDER, S; SCHMITT, H; ZOLLER, S; SCHILTENWOLF, M. **Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population.** Int. Arch. Occup. Environ Health; 2005; 78: 253-69.

25- MAETZEL, A; LI, L. **The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001.** Best Pract. Res. Clin. Rheumatol; 2002; 16: 23-30.

26- DAGENAIS, S; CARO, J; HALDEMAN, S. **A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally.** Spine J; 2008; 8: 8-20.

27- VAN TULDER, MW; KOES, BW; BOUTER, LM. **A cost-off illness study of back pain in The Netherlands.** Pain; 1995; 62: 233-40.

11 ANEXOS

Questionário Roland-Morris de Incapacidade:

1-	Fico em casa a maior parte do tempo devido a minha coluna.
2-	Eu mudo de posição frequentemente para tentar aliviar minha coluna.
3-	Eu ando mais lentamente do que o meu normal por causa de minha coluna.
4-	Por causa de minhas costas não estou fazendo nenhum dos trabalhos que fazia em minha casa.
5-	Por causa de minhas costas, eu uso um corrimão para subir escadas.
6-	Por causa de minhas costas, eu deito para descansar mais frequentemente.
7-	Por causa de minhas costas, eu necessito de apoio para levantar-me de uma cadeira.
8-	Por causa de minhas costas, eu tento arranjar pessoas para fazerem coisas para mim.
9-	eu me visto mais lentamente do que o usual, Por causa de minhas costas.
10-	Eu fico de pé por períodos curtos, Por causa de minhas costas.
11-	Por causa de minhas costas, eu procuro não me curvar ou agachar.
12-	Eu acho difícil sair de uma cadeira, Por causa de minhas costas.
13-	Minhas costas doem a maior parte do tempo.
14-	Eu acho difícil me virar na cama Por causa de minhas costas.
15-	Meu apetite não é bom por causa de dor nas costas.
16-	Tenho problemas para causar meias devido a dor nas minhas costas.
17-	Só consigo andar distâncias curtas Por causa de minhas costas
18-	Durmo pior de barriga para cima.
19-	Devido a minha dor nas costas, preciso de ajuda para me vestir.
20-	Eu fico sentado a maior parte do dia Por causa de minhas costas
21-	Eu evito trabalhos pesados em casa Por causa de minhas costas
22-	Devido a minha dor nas costas fico mais irritado e de mau humor com as pessoas, do que normalmente.
23-	Por causa de minhas costas, subo escadas mais devagar do que o usual.
24-	Fico na cama a maior parte do tempo Por causa de minhas costas.

O resultado é o número de itens marcados, i.e, de um mínimo de 0 a um máximo de 24

Quadro 41 – Origens da dor lombar

1. Dor de origem mecânica (97%)
a. Torção ou estiramento (70%)
b. Processo degenerativo dos discos e facetas, geralmente devidos à idade (10%)
c. Hérnia de disco (4%)
d. Fratura compressiva osteoporótica (4%)
e. Estenose medular (3%)
f. Outras (9%)
2. Doenças viscerais (2%)
3. Condições não mecânicas de dor lombar (1%)

Fonte: (DEYO; WEINSTEIN, 2001, adaptado).

Quadro 42 – Sinais de alerta para avaliação de pessoas com lombalgia

SINAIS DE ALERTA (bandeiras vermelhas)
1. Idade < 20 e > 50 (espondilite anquilosante, osteoporose...)
2. Dor que piora à noite (câncer)
3. História de neoplasia (metástases)
4. Emagrecimento (neoplasias)
5. Febre (osteomielite, abscessos ...)
6. Grande trauma
7. Tratamento para osteoporose (fratura patológica)
8. Dor refratária ao tratamento
9. Imunossuprimidos com infecção recorrente (HIV, corticoides, uso de drogas injetáveis ...)
10. Fraqueza muscular
11. Distúrbios urinários ou gastrintestinais (bexiga neurogênica, diminuição do tônus do esfíncter urinário e/ou retal)
12. Anestesia em sela (síndrome da cauda equina)

Fonte: (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004, adaptado).

Quadro 43 – Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial	Sinais de alerta	O que fazer? **
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> - Histórico de neoplasia - Emagrecimento - Idade > 50 - Não melhora com tratamento inicial - Dor > 4-6 semanas - Dor à noite em repouso 	<p>Se suspeitar de neoplasia maligna do esqueleto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames de imagem - VHS <p>Investigar sítio primário (ex.: PSA, mamografia, Raio X tórax, pele ...)</p>
Infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Febre - Usuário de drogas IV - Infecção bacteriana recente - Imunodepressão (HIV, transplantados, corticoides, diabetes ...) - Dor em repouso 	<p>Se suspeitar de infecção no esqueleto, pedir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RNM - Hemograma - VHS - Urina 1
Fraturas	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de corticoides (desmineralização óssea) - Idade > 70 (osteoporose) - Trauma recente importante 	Exames de imagem apropriados e parecer de ortopedista
Aneurisma de aorta abdominal	<ul style="list-style-type: none"> - Massa pulsátil abdominal - Outra doença aterosclerótica - Idade > 60 - Dor à noite em repouso 	Ultrassonografia de abdome e encaminhamento para a cirurgia geral
Hérnia de disco significativa	Parestesia Grande fraqueza muscular	Exames de imagem apropriados (se houver disponibilidade) e encaminhamento ao neurocirurgião e/ou ortopedista
Síndrome da cauda equina	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinência ou retenção urinária - Anestesia em sela - Perda ou diminuição do tono de esfíncter anal - Paresia e/ou parestesia de MMII uni ou bilateral - Deficit neurológico progressivo - A dor piora com valsalva ou tosse 	Encaminhar para a urgência cirúrgica
Outras	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão - Somatização - Insatisfação com o trabalho - Medo - Desejo de ser aposentado precocemente 	Realizar avaliação da saúde mental do paciente e, se for necessário, solicitar apoio da equipe de Saúde Mental do NASF* de referência, se houver esse serviço, ou encaminhar para serviço de psicologia/psiquiatria

Fonte: (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004, adaptado).



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde