

HRJ

v.2 n.9 (2021)

Recebido: 06/07/2020

Aceito: 22/12/2020

Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: tecendo sobre a resolubilidade e a integralidade do cuidado em um grupo de coluna da APS

Silvana Pereira Dantas Evangelista de Souza¹

Daniela Sousa de Oliveira²

Larissa de Lima Borges³

1. Fisioterapeuta Especialista em Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Fisioterapia DermatoFuncional, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

2. Terapeuta Ocupacional Especialista em Saúde Coletiva, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- UNB.

3. Fisioterapeuta Mestre em Ciências e Tecnologias da Saúde (UnB), Nasf-AB de Sobradinho2/Fercal, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília/DF.

RESUMO

As dores de coluna são condições de elevada prevalência no Brasil. A Portaria nº 2.436, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e traz o fisioterapeuta como profissional integrante da atenção básica. A integralidade e a resolubilidade na atenção primária de saúde (APS) são atributos que devem operar em ações e serviços ofertados. Realizaram-se grupos com o objetivo de reduzir a intensidade da dor e melhorar a capacidade funcional. O Grupo “Coluna sem Dor” ofereceu estratégias de cuidado nos equipamentos e adaptação para a prática diária no domicílio dos participantes. O qual possibilitou melhoramento da dor em 30% dos usuários sendo que 35% apresentaram dor leve e houve melhora da capacidade funcional. Houve redução da demanda reprimida para atendimento de consulta individualizada com ortopedista, dos casos sensíveis a APS, possibilitando acesso aos casos que poderiam evoluir. A construção do grupo oportunizou maior envolvimento dos participantes com cuidados de saúde.

Palavras chaves: atenção primária de saúde, integralidade em saúde, fisioterapia.

Physiotherapy in the Multiprofessional Residency in Family Health: weaving on the resolvability and comprehensiveness of care in a PHC spine group

ABSTRACT

Spine pain is a highly prevalent condition in Brazil. Ordinance N° 2,436 approves the National Primary Care Policy and brings the physiotherapist as a member of primary care. Comprehensiveness and resolvability in PHC are attributes that must operate in the actions and services offered. Groups were held with the objective of reducing pain intensity, improving functional capacity. The “Coluna sem Dor” Group offered care strategies in the equipment and adaptation for daily practice at the participants' homes. Which enabled pain improvement in 30% of users, 35% of whom had mild pain and an improvement in functional capacity. There is a reduction in the repressed demand for individual consultation with an orthopedist, of cases sensitive to PHC, allowing access to cases that could evolve. The construction of the group provided greater involvement of the participants with health care.

Keywords: primary health care, integrality in health, physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A atenção primária de saúde além de reconhecida como porta de entrada preferencial é também coordenadora do cuidado, ordenadora das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a responsabilidade de direcionar o fluxo dos atendimentos para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), almejando o acompanhamento contínuo e longitudinal. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é tida como modelo de expansão e qualificação da APS, pois tem o intuito de possibilitar a reorientação do processo de trabalho e assim amplificar a resolutividade dos serviços ofertados¹. Optou-se em utilizar o termo APS, que é o mesmo utilizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e equivalente a Atenção Básica (AB), por trazer em seu cerne um valor simbólico e político. Dado que a nomenclatura “atenção básica à saúde”, carrega protagonismo antagônico advindo dos movimentos sociais e da reforma sanitária, que buscavam um Sistema Único de Saúde (SUS), chancelado pela cidadania ampliada, e não relação reducionista da ideia de APS^{1 2}.

A Conferência de Alma-Ata de 1978, determinou que a APS deve pautar-se em três componentes essenciais, a saber: acesso universal e primeiro contato;

indissociabilidade entre a saúde e o social (olhar voltado para os determinantes e condicionantes sociais) e a participação social². Teve a proposta de evidenciar os “cuidados primários em saúde”, e de possibilitar a construção de instrumentos adaptativos à realidade de cada região de saúde³. Para conduzir as ações e serviços ofertados na APS precisamos de três princípios condutores: universalidade, equidade e integralidade. A universalidade compreende o acesso aos serviços com qualidade e resolutivos; a equidade reconhece as diferenças nas condições de vida e a integralidade é o conjunto de ações e serviços executados dentro das propostas de promoção da saúde e contempla: prevenção de doenças e agravos, redução de danos, cuidados paliativos, manutenção da saúde e reabilitação. Todas estas ações desenvolvidas dentro de uma população adscrita considerando a ampliação da autonomia das pessoas e coletividades¹.

A integralidade do cuidado é uma das atribuições doutrinárias da APS, que prevê a integração dos equipamentos a partir dos fluxos de busca por cuidados. Promove atenção integral, contínua e longitudinal. Busca a qualidade resolutiva, ao mesmo tempo em que promove a autonomia das pessoas nos cuidados individuais e coletivos. Tracejado por equipes multiprofissionais, interdisciplinares com olho nas ações sob o ponto de vista das ações intersetoriais¹. Para CARNUT (2017), a integralidade, além de garantir acesso a todos os níveis de atenção à saúde, também se mostra valiosa ao promover intervenções no dia a dia, operacionalizada através de demandas espontâneas e programadas que possam responder às necessidades construídas pelo contexto^{1 3}. Mais que um rótulo, a APS veio com a intenção de capilarizar os cuidados e voltar o olhar para a integralidade do cuidado, a totalidade da pessoa, dentro do seu contexto⁴.

Nesse âmbito de aumentar a efetividade da APS foi criado o dispositivo de retaguarda profissional, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que tem a proposta de aumentar o escopo de atenção das equipes de

estratégia de saúde da família, por meio de apoio técnico, pedagógico e assistencial. É constituído por equipe multiprofissional e interdisciplinar, o qual visa o trabalho compartilhado no planejamento de ações e serviços. Tem a oportunidade de contribuir para integralidade do cuidado, intermediada pela ideia de clínica ampliada, aumentando a capacidade de intervenção. Dentro de suas atribuições está a realização de grupos e ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde no território. O fisioterapeuta é uma figura de destaque como integrante das equipes NASF, e presta retaguarda especializada às ESF¹.

Os grupos terapêuticos na APS organizados pelo NASF-AB tem o objetivo de oferecer serviços customizados às necessidades dos territórios. E a partir disso, desenvolver estratégias sensíveis à realidade do território, como o grupo de coluna que na oportunidade, desempenhado pela pesquisadora (fisioterapeuta), destinou-se a aliviar a dor e melhorar a capacidade funcional de usuários com dor lombar crônica (DLC). A dor lombar é uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida, o que causa grande demanda aos serviços de saúde, grandes índices de incapacidade e faltas ao trabalho, gerando alto custo para a sociedade e os sistemas de saúde⁵. É um distúrbio osteomuscular comum que se classifica (conforme o comportamento da sintomatologia dolorosa) em: agudo, com duração de 6 semanas; subagudo com duração de 12 semanas; e crônico, com duração superior a 12 semanas⁶.

A dor lombar crônica é caracterizada como uma dor na região lombar e, esta, pode se propagar para a região glútea e a parte anterior ou posterior das pernas. As dores na coluna são a segunda condição de saúde mais prevalente no Brasil (cerca de 13,5%), entre as patologias crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde, superadas apenas pelos casos de hipertensão arterial com 14%. 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 homens⁶. A APS, como porta preferencial de entrada do SUS, além de ter objetivo de promoção da saúde também atua na reabilitação dos casos sensíveis a este nível, para que não ocorra o agravamento do quadro e o aumento do fluxo de usuários nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde no SUS¹.

Por este motivo verificou-se a necessidade de oportunizar na APS cuidados aos usuários que estavam na fila de espera para diagnóstico e intervenções fisioterapêuticas relacionados à dor na coluna. A partir dessa análise *in loco*, desenvolveu-se um grupo com a perspectiva do olhar integral e caráter resolutivo para pessoas com DLC, através de intervenções com a utilização de tecnologias leves e leves/duras e que não tratasse unicamente a dor, mas proporcionasse autonomia e funcionalidade nas atividades de vida diárias(AVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs), que são atividades de autocuidado e cuidado com ambiente, num processo de autonomia e independência e quando afetadas causam disfunções podendo chegar a incapacidades adquiridas⁷. Esse interesse surgiu pelo trabalho desempenhado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o qual teve influência na determinação do campo de atuação aliadas ao trabalho com as principais diretrizes do SUS, e, também através do tensionamento de argumentos relacionados à qualidade de vida, funcionalidade, integralidade do cuidado e acesso aos serviços e ações da APS⁸. Com isso, o cerne deste estudo é entender a influência do grupo de coluna para usuários com dor lombar crônica, enfatizando a dor, o cognitivo, a funcionalidade e aspectos sociodemográficos da demanda reprimida.

A proposta de trazer o atributo de resolubilidade neste estudo se traduz na efetividade da equipe NASF-AB em um trabalho conjunto com a Residência em Saúde da Família, principalmente da promoção de serviços que correspondessem às necessidades dos usuários (resolutividade conforme o nível da capacidade técnica e assistencial possível na lógica da APS). As práticas deste trabalho sujeitam-se, portanto, à qualidade, efetividade, integralidade, acesso universal, satisfação, intersetorialidade e o uso de tecnologias. Que é o ato contrário de “solucionar”, no sentido de ter certas obrigatoriedades de dar solução. Trata-se de uma maneira ativa de avaliar a prática, com embasamentos teóricos, que podem ser feitos durante o próprio atendimento, no caso, a realização do grupo de coluna. Também são consideradas as dimensões da otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade; incorporados no processo dinâmico de produzir processos de cuidados na APS, por meio da relação de corresponsabilidade entre usuário e profissional³¹.

Contudo, o NASF-AB para além de prestar suporte técnico assistencial, aos trabalhadores da APS também realiza acompanhamento dos profissionais de referência e atividades coletivas pontuais diante de alguma problemática identificada pela ESF. É nesse processo que se encontra este estudo, trabalhadores do NASF-AB e a Fisioterapeuta Residente Multiprofissional atuando em conjunto para reduzir fila de espera por consulta individualizada com Ortopedista. Canalizando esse atendimento aos usuários mais graves, com possibilidade de evoluir, para o alcance do atendimento no tempo certo com maior efetividade. Garantindo acesso universal e principalmente a integralidade no cuidado, olhando não apenas para queixa, mas ampliando o olhar para ver a pessoa e seu contexto, possibilitando intervenções grupais, onde o trabalho da APS se aproxima da realidade do usuário, estreitando o laço e proporcionando o cuidado compartilhado e centrado na pessoa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, que utilizou como intervenção, o atendimento coletivo denominado “Grupo Coluna sem Dor” baseado no programa original denominado *Back School* desenvolvido pela fisioterapeuta sueca Mariane Forssell em 1969, que mescla educação em saúde e prática de exercícios terapêuticos⁹. A intervenção se deu entre os meses de maio a agosto de 2017, com dois encontros semanais, em quatro etapas: primeira, levantamento da demanda reprimida; segunda, avaliação; terceira etapa, aplicação das atividades coletivas; e quarta etapa, reavaliação.

A *primeira etapa* teve o objetivo de mapear, identificar e classificar usuários. Mapear e identificar usuários que residiam nas regiões administrativas do Distrito Federal-DF: Sobradinho, Sobradinho II e Fercal, por meio, do sistema de regulação em marcação de consulta, o SisconWeb. Este sistema, em vigor desde 2014 (na Região de Saúde Norte do Distrito Federal), tem o intuito de coordenar o fluxo de consultas por atendimento individual, e possibilita a comunicação entre os equipamentos de saúde, o qual resulta no monitoramento e diminuição de demandas reprimidas¹⁰. A partir dele foi possível realizarmos a classificação de usuários que apresentaram diagnóstico clínico (CID) de lombalgia crônica e estavam na lista de espera para atendimento ambulatorial com Médico Ortopedista há pelo menos dois anos e classificados como verdes/baixo risco.

A *segunda etapa*, avaliação, foi organizada em 4 estágios: o estado sociodemográfico, a dor, capacidade funcional e cognição. Inicialmente utilizou-se um questionário semiestruturado acerca da saúde (posição no trabalho, atividades realizadas, prática de exercício físico) e de características sociodemográficas (nome, sexo, idade, estado civil, carga horária de trabalho, ocupação, peso utilização de medicamentos, tempo

de duração da dor e afastamento do trabalho), além de exame físico-funcional. Para mensurar a dor foi aplicada a Escala *Visual Analógica da Dor – EVA*, a capacidade funcional pelo *Questionário de Roland-Morris Brasil de Incapacidade* e a cognição pelo *Miniexame do Estado Mental*. A EVA quantifica a intensidade e a percepção do indivíduo sobre sua dor, sendo graduada de acordo pontuações ordinais: nenhuma dor (0), dor leve (1 a 2), moderada (3 a 5) e intensa (6 a 10)¹¹. O questionário de Roland-Morris Brasil foi utilizado para avaliar a capacidade funcional dos usuários com dor de coluna. Trata-se de um questionário composto por 24 questões relacionadas às atividades de vida diária, dor e função. A cada questão afirmativa é atribuído 1 ponto. O escore é a somatória dos valores, podendo-se obter uma pontuação mínima de 0 e uma pontuação máxima de 24. Tem como ponto de corte o escore 14, ou seja, os indivíduos avaliados com escore igual ou maior que 14 são classificados como incapacitados funcionalmente¹². O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste de rastreio cognitivo¹³.

Em seguida na *terceira etapa*, deu-se a realização das atividades coletivas, denominado “Grupo Coluna sem Dor”. Foram desenvolvidos encontros coletivos de 60 minutos cada. Nos 20 minutos iniciais realizou-se uma roda de conversa com a utilização de material didático-explicativo (figuras coloridas ampliadas e plastificadas, simulador da coluna vertebral) sobre temáticas pré-definidas: anatomia e biomecânica da coluna vertebral, disfunções da coluna vertebral, desequilíbrios musculares, a importância da atividade física e dos cuidados com a postura nas atividades de vida diária (AVDs).

Foram confeccionadas e disponibilizadas duas cartilhas educativas para os usuários: uma demonstrando a execução correta das AVDs, e outra com os exercícios que deveriam ser realizados em casa (ao menos 1x/dia, todos os dias. Em seguida, reservou-se cerca de 40 minutos para demonstração (pelo fisioterapeuta), execução de exercícios de alongamento de glúteo máximo, bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso (2

séries de 40 segundos) e fortalecimento (3 séries de 8 repetições) de tensor da fáscia lata, quadrado lombar, reto do abdômen, glúteos (médio e mínimo), iliocostal dorsal/lombar, longo do tórax e espinhal dorsal.

Ao final, *quarta etapa*, dos quatro encontros foi reavaliada a situação da dor na coluna, em seus aspectos: sociodemográfico, funcional, intensidade a dor e cognitivo. Participaram 60 usuários, de ambos os sexos, vinculados a uma equipe de saúde da família, apoiados pelo NASF-AB de Sobradinho, Sobradinho II e Fercal, cenários ativos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Foram incluídos os usuários que apresentam dor nas costas por mais de três meses. Não participaram do estudo os usuários que já realizavam alguma intervenção fisioterapêutica e aqueles que só apareceram um dia das atividades coletivas, gestantes, doenças do sistema nervoso e doenças neuromusculares, pois se enquadravam nos critérios de exclusão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/SES-DF, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 75701317.7.0000.5553.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A elevada prevalência de doenças crônicas relacionadas à condição musculoesquelética tem preocupado os especialistas na área da saúde, por provocar prejuízos físicos, emocionais e econômicos, podendo ser altamente incapacitante, o que ratifica a necessidade de estratégias de intervenções nos territórios que garantam o acesso dos usuários, a integralidade no cuidado e a resolubilidade ao SUS ¹⁴. Neves (2011) ¹⁵ entende a integralidade como uma atitude prática frente ao sentido de uma ação que considera projetos terapêuticos e possibilite a relação de corresponsabilidade e diálogo

entre profissional-paciente. Participaram do grupo 60 usuários, 42 (70%) usuários eram do sexo feminino e 18 (30%) do sexo masculino e a idade variando entre 13 a 81 anos¹⁵.

Estudos realizados por Hoffman (2010)¹⁷ apontam o sexo feminino (83%,) como mais susceptível à dor lombar crônica, não em virtude das lesões lombares por si só, mas, das alterações psicoemocionais e da dupla jornada de trabalho¹⁷. Graup *et al* (2014)¹⁶ em seu estudo com 1.455 estudantes, sendo 741(50,9%) do sexo feminino, afirmam que o sexo feminino apresenta maior prevalência de dor, podendo ser explicada por questões culturais, nas quais as mulheres demonstram mais seus sentimentos que os homens e a existência de características anatomofuncionais específicas, tais como menor adaptação ao esforço físico extenuante e articulações mais frágeis¹⁶.

Além disso, estas diferenças podem estar ligadas a sistemas endógenos de modulação da dor, que, contribuem para maior sensibilidade e maior prevalência de diversas condições dolorosas entre as mulheres¹⁹. Estudo realizado por Neto *et al* (2014)¹⁹ verificou que a prevalência de DLC na população portuguesa com 25 ou mais foi de 36,6%, sendo 43,7% no sexo feminino e 28,4% no sexo masculino e aumentou com a idade: de 13% no grupo etário de 25 a 34 anos para 60,4% no grupo etário de 85 ou mais anos e ratifica os achados encontrados no presente estudo¹⁹. Em relação ao estado civil e a lombalgia, observou-se que 20 (33,3%) usuários eram solteiros e 33 (55%) eram casados, reforçando um estudo já realizado por Silva *et al* (2004)²⁰ que afirma que a situação conjugal é um marcador de risco para a ocorrência de dor lombar crônica, podendo estar relacionado a maiores posições ergonômicas no trabalho/domicílio ou a características comportamentais de risco²⁰.

Em relação ao IMC, observou-se que 30 (50%) usuários apresentaram valores acima de 25kg/m². Resultados da metanálise de Shiri *et al* (2010)²¹ corroboram com os achados do presente estudo. Eles estudaram a associação entre a dor lombar e a obesidade

e concluíram que tanto o sobrepeso quanto a obesidade aumentam o risco de dor lombar²¹. Quanto à prática de exercício físico, observou-se que 39 (65%) usuários eram sedentários, dado que corrobora com estudo de Toscano *et al* (2001)¹⁸. Shiri *et al* (2010)²¹ que os grupos ativos têm menor probabilidade de sofrer lesão e dor na região lombar que seus congêneres sedentários²². Além do estudo realizado por Salvetti (2010)²² que aponta haver forte relação entre inatividade física e incapacidade²². Quando as ações e serviços são voltados para as necessidades do território, os obstáculos da comunicação, atravessamentos políticos, excesso de demanda e carência de recursos se reorganizam, favorecendo tanto os arranjos dos processos de trabalho como qualidade e acesso aos serviços para os usuários³⁰.

O que até extrapola a resolubilidade, pode também causar acesso a outros equipamentos de saúde, como social, religioso; achando a intersetorialidade, que possibilita enfrentar as adversidades de forma de acordo com contexto de cada população, com um olhar para as vulnerabilidades²³. Sendo assim percebe-se que criar exercícios orientados (alongamento, caminhada, bicicleta ergométrica, natação) foi resoluto no melhoramento das dores lombares crônicas e previnem sua recorrência. Este estudo constatou igual experiência que em outros trabalhos: a intervenção por meio dos Grupos de Escola de Coluna auxilia a prevenir a recorrência e cronificação da dor lombar²². Em relação à intensidade da dor, observou-se que antes da intervenção 3 (5%) usuários não apresentaram dor, 57 (95,1%) apresentaram algum tipo de dor e 31 (51,7%) apresentaram dor moderada.

Após a intervenção, 18 usuários (30%) não apresentaram dor e dos que apresentaram algum tipo de dor 42 (70%), 21 (35%) apresentaram dor leve, fato que, corrobora com os estudos de Caraviello *et al* (2005)²⁴ sobre os efeitos da Escola de Postura na intensidade da dor e capacidade funcional. 30 pacientes participaram do estudo

(quatro encontros, uma vez por semana e duração de 60 minutos) e constatou-se após a intervenção que 60% apresentou melhora na capacidade funcional, e 56,7% melhora da intensidade da dor²⁴. Os participantes também, para além das planilhas, identificaram melhoras significativas nas AVDs e AIDs, que são as atividades necessárias para desempenho ocupacional da pessoa. O processo de cuidar propicia a promoção da saúde direcionada à qualidade de vida dos pacientes²⁵. Sendo assim a orientação para o manejo das atividades no domicílio, representou uma extensão das atividades desenvolvidas em grupo.

Estudo de Tsukimoto *et al* (2006)²⁶ também avaliou a interferência da dor no desempenho funcional dos pacientes que completaram um programa de Escola de Postura (realizado em 4 encontros consecutivos, com duração de 60 minutos) e observou-se melhora nos aspectos da capacidade funcional, dor, estado geral e qualidade de vida²⁶. Os resultados do questionário de Roland Morris aplicados antes e após intervenção revelaram diferenças estatisticamente significantes: os 60 usuários que participaram do estudo, melhoraram a capacidade funcional, ou seja, diminuíram a limitação nas AVD e AIVD. Corroborando com o estudo realizado por Ferreira e Navega (2010)²⁷ que apresentou resultados positivos em relação à capacidade funcional mensurada pelo Roland-Morris, com melhora de 8,14% após um programa de educação em saúde com 41 indivíduos com lombalgia crônica, realizado por meio de seis encontros, uma vez por semana, com duração de 60 minutos²⁷.

Constatou-se que, dos 60 usuários, 3 (5%) não apresentaram dor, 57 (95,1%) apresentaram algum tipo de dor, e 31 (51,7%) apresentaram dor moderada antes da intervenção. Após a intervenção com educação em saúde e a prática dos exercícios terapêuticos em domicílio pelos usuários, obteve-se mudança no panorama da dor apresentado anteriormente: 18 usuários (30%) não apresentaram dor e dos que

apresentaram algum tipo de dor 42 (70%), 21 (35%) apresentaram dor leve, ou seja, houve redução da dor no comparativo inicial e final e os resultados obtidos revelaram significância estatística. A resolutividade não está relacionada a quantidade de atendimento, muito perseguidas pelos gestores, mas, na qualidade do atendimento prestados aos usuários. O qual está intrinsecamente relacionado com a capacidade de solucionar problemas de saúde, situações de vulnerabilidade, norteados pelos atributos: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Ainda mais porque a resolutividade na APS, se importa com a serviços customizados, acolhimento e infraestrutura; tendo em vista que ela sendo efetiva e resolutiva facilita a avaliação e monitoramento das ações e serviços por parte dos usuários, e não só dos trabalhadores²⁸.

O trabalho com grupo de coluna sob o pano de fundo, da integralidade do cuidado e da resolutividade, operacionalizada com a participação ativa dos usuários como responsável pelos seus cuidados e principalmente como ator na construção de estratégias individuais e coletivas. Proporcionado um espaço de diálogo, de respeito e sempre muito colaborativo, pois, os cuidados primários devem estar alinhados às procuras de buscas das pessoas. Portanto, verificou-se que para além da realização do grupo, os participantes desenvolveram, dentro do seu domicílio, as práticas indicadas pela fisioterapia. Esse desenho de grupo permitiu um trabalho com foco nas práticas saudáveis que se direciona para qualidade de vida dos usuários, entrelaçando a integralidade no cuidado e resolutividade como “ideal regulador, difícil de acertar completamente, mas que é objetivo de sucessivas buscas”²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou através do grupo Coluna Sem Dor (abordagem associada à educação em saúde na redução da dor e na melhora da capacidade funcional dos usuários

com DLC) que é possível aumentar a resolatividade na APS por meio do Nasf-AB e reduzir a fila de espera para consulta com Ortopedista de queixas sensíveis à APS. Dos 320 usuários da fila de espera de Sobradinho I, II e Fercal, 50 obtiveram o direito de acesso garantido à avaliação e tratamento com fisioterapeuta. Os achados desta pesquisa expressam diferenças estatisticamente significantes antes e após a intervenção, concluindo que o uso de tecnologias leves e bem empregadas, empodera o usuário acerca do autocuidado e repercute na melhora da dor e da capacidade funcional.

A integralidade foi um prisma importante para construção do grupo para a receptividade dos usuários. No entanto houve fragilidades diante do contexto de desafios que apresentavam os serviços da APS, como: a falta de materiais e equipamentos e infraestrutura. Desafios que podem ser superados por meio do controle social, empoderamento, intervindo nessas questões. Alguns fatores limitaram o presente estudo, tais como contato telefônico indisponível, indisponibilidade do usuário para realização de intervenção fisioterapêutica coletiva, curto período da intervenção (fator que impede a avaliação e a eficácia de efeitos à longo prazo) e quantitativo incipiente de trabalhos com a mesma temática realizados por fisioterapeutas dos NASF-AB no país. Ainda assim, foi possível verificar que o Grupo Coluna Sem Dor foi uma intervenção que teve efetiva na redução da dor e melhora da capacidade funcional em casos de DLC, permitindo o estabelecimento de vínculo terapêutico e o empoderamento das ESF em relação aos casos sensíveis à APS.

Contudo, apesar da redução significativa da dor de coluna, um percentual de usuários ainda permanece com dor (mesmo que leve), indicando que se fazem necessidade de acompanhamento pela ESF e NASF-AB das regiões de saúde. Verificar-se que o aumento do número de atendimentos pode contribuir para a ausência da dor nos participantes. É uma abordagem terapêutica de fácil reprodução nas demais regiões de

saúde do Distrito Federal (DF), a depender do diagnóstico situacional do território. Julga-se necessários o aumento de profissionais especialistas na APS para compor as equipes NASF-AB e, conseqüentemente, a construção de rede de atenção à saúde estruturada com equipamentos voltados à construção coletiva das intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, DE 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 21 de setembro de 2017.
2. GIOVANELA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública* 2018.
3. CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 115.p. 1177-1186.
4. ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de; ROCHA, Silvana Santiago da; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira. Possibilidades de atendimento integral à criança e atendimento básico. *Revista Cubana de Enfermagem*, [SI], v. 35, n. 1 de maio 2019.
5. NASCIMENTO PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(6): 1141-1155, jun, 2015.
6. SILVEIRA, A. I. P et al; Correlação entre relato de dor lombar crônica, fatores psicossociais e capacidade física em idosos comunitários. *Fisioterapia Brasil* - Volume 15 - Número 4 - julho/agosto de 2014 277.
7. SILVA, DS; Lira, L.P; Lira, RP; Junior, DPG. Diferentes estratégias e influência do treinamento funcional no desenvolvimento da estrutura e função musculoesquelética e

sua contribuição nas atividades da vida diária (AVDs). *HIGEI-revista científica de saúde*. Vol.1 – Nº 2 – DEZ 2017

8. FRANCO, Cassiano Mendes, Almeida, Patty Fidelis de e Giovanella, Lígia A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n.

9. FOLSTEIN M, Folstein S, McHugh P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-198.

10. PORTAL DF-SisconWeb <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2014/07/15/saude-cria-central-de-marcacao-exclusiva-para-sobradinho-e-planaltina/> acessado 2 de maio de 2020.

11. MASCARENHAS CHM, Santos LS. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. *J Health Sci Inst*. 2011; 29(3): 205-8.

12. NAUSBAUM L, Nator J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris Questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2001; 34 (2): 203-10.

13. LOURENÇO RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (4): 712-9.

14. OLIVEIRA, M.M.et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brail: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol.Serv.Saúde*, v.24, n.2, p.287-296, 2015.

15. NEVES, Laura Maria Tomazi and ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface* (Botucatu) [online]. 2011, vol.15, n.37.

16. GRAUP S, Bergmann MLA, Bergmann GG. Prevalência de dor lombar inespecífica e fatores associados em adolescentes de Uruguaiana/RS. *Ver Bras Ortop.* 2014; 49(6): 661-667.
17. HOFFMAN MA. A Prevalência de doenças lombares em pacientes de terceira idade na cidade de Concórdia –SC. *Ágora: R. Divulg. Cient.*, ISSN 2237-9010, Mafra, v.17, n.1, 2010.
18. Toscano JJO, Egypto EP. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. *Rev Bras Med Esporte* v.7, n.4, Niterói Jul./Aug.2001.
19. NETO, M; Kislaya I. Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crônica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde 2014. Instituto Nacional de Saúde. Artigos breves _n.8.
20. SILVA, MC; Fassa AG, Valle NCJ. 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.
21. SHIRI R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010; 171(2): 135.
22. SALVETTI, MG. Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica: prevalência e fatores preditores. São Paulo, 2010. p122. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Orientadora: Prof.^a Dra Cibele Andrucio de Mattos Pimenta).
23. COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.103

24. CARAVIELLO, EZ; Wasserstein, S; Chamlian, TR; Masiero, D. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia, tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiatr* 2005; 12 (1): 11-14.
25. BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13(2): 342-51.
26. TSUKIMOTO, GR; Riberto, M; Brito, CA; Rizzo, L. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta Fisiatr* 2006; 13(2):63-69.
27. FERREIRA MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras*. 2010; 18(3): 127-31.
28. VASCONCELOS, MIO et al. Avaliação da resolatividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare*, sobral - v.17, n.01,p.65-73, jan./jun. - 2018
29. COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, Mar. 2009.
30. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.
31. REZENDE, Verônica Amorim. A resolatividade da atenção básica: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 44f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).