

CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE DOR MUSCULOESQUELÉTICA

Community Health Workers' knowledge about musculoskeletal pain

Lívia Pimenta Bonifácio¹,
Anamaria Siriani Oliveira², Janaína Barbosa³, Paula dos Santos Pereira⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de realizar um levantamento do conhecimento e atitudes tomadas pelos agentes comunitários em relação às queixas de dores musculoesqueléticas. Atualmente, por conta da mudança de hábitos, a falta de tempo, o sedentarismo, entre outros, a dor musculoesquelética é algo que vem se incorporando à comunidade muito frequentemente, comprometendo a população. Quanto a isso, um importante multiplicador de saúde se vê no agente comunitário de saúde (ACS), elo importante entre a população e os meios de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo e, como instrumento, foi usado roteiro de entrevista semiestruturada individual. Foram sujeitos do estudo agentes comunitários de saúde de Núcleos de Saúde da Família de um município do interior de São Paulo. As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e, após análise, foram divididas em categorias. Foi possível perceber que os agentes, em sua maioria, identificam corretamente e orientam rapidamente para que o indivíduo procure ajuda, em alguns casos, podendo, também, auxiliar na conduta, repassando algumas orientações posturais mais simples para aliviar esse tipo de dor, enquanto o paciente ainda não passou por avaliação clínica. Ou até mesmo depois de o paciente ser avaliado, podendo reforçar algumas orientações que foram indicadas por outros profissionais de saúde. Ainda é necessária mais capacitação a esses ACS, para que possam sentir mais segurança nessa ação e uma melhor pactuação das atribuições desses profissionais dentro da equipe de saúde da família.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde; Dor Musculoesquelética; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to conduct a survey of community health workers' knowledge and actions taken in relation to complaints of musculoskeletal pain. Currently, due to changes in habits, lack of time, physical inactivity, among other causes, musculoskeletal pain is appearing increasingly in the community, too often with adverse effects on the population. In this respect an important health multiplier can be seen in the community health worker, an important link between the population and the means to health. This is a qualitative study using a semi-structured interview script as its instrument. The study subjects were community health workers at the Family Health Centers of a municipality in the State of São Paulo. The interviews were recorded, later transcribed, and after analysis were divided into categories. It could be seen that most agents correctly identify and quickly guide the individuals needing to seek help. In some cases they can also lend help with behaviors by offering some simple postural guidelines to alleviate this kind of pain while the patient has not yet undergone clinical evaluation. Or even after the patient is evaluated, they can reinforce some guidelines already recommended by other health professionals. Still, more training for these community health workers is needed so that they might feel more secure in this action and have a better consensus on the duties of such professionals within the family health team.

KEYWORDS: Community Health Workers; Musculoskeletal Pain; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

¹ Fisioterapeuta Residente Multiprofissional FMRP-USP. E-mail: livia_pb@yahoo.com.br.

² Professora Doutora do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor. FMRP/USP.

³ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP.

⁴ Psicóloga Residente Multiprofissional FMRP-USP/HCFMRP.

INTRODUÇÃO

A dor, definida pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tais lesões,¹⁸ é uma queixa constante e as afecções musculoesqueléticas são os causadores mais prevalentes na população mundial.¹⁹

A dor musculoesquelética (DME) é algo que vem acometendo a população em geral e sua incidência vem aumentando por conta da mudança do estilo de vida: estressante, com maior carga horária de trabalho, inclusão de esforços repetitivos na rotina laboral, alimentação inadequada, principalmente pelo consumo em excesso e sedentarismo.⁸

Esses fatores contribuem para que as dores sejam mais frequentes, impactantes na função social e saúde mental, incapacitantes e as pessoas se vejam inaptas para atividades de vida normal, prejudicando a qualidade de vida do paciente,^{11,26,37} o que torna o indivíduo vulnerável a viver num círculo vicioso de “dor, cinesiofobia, dor”.

As afecções musculoesqueléticas compõem-se num grupo variado, apresentando fisiopatologia de diferentes causas: traumas, infecções, posturas inadequadas, entre outras, atreladas intrinsecamente pela associação entre dor muito forte – característica das disfunções musculoesqueléticas em geral² – e diminuição da função física.

A dor causada pelas disfunções musculoesqueléticas encontra-se entre as principais causas de absenteísmos, licenças médicas, afastamentos do trabalho, incapacidades, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho.^{3,28}

É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo com pagamentos e indenizações, tanto no Brasil como na maior parte dos países industrializados, e o impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.^{3,28}

Sendo um problema de saúde pública, devemos pensar em formas de atuação para auxiliar esses indivíduos o mais perto da sua realidade. A atenção primária contempla isso, essa aproximação do serviço de saúde com a população adscrita no território, e o agente comunitário de saúde (ACS), membro pertencente à Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS), é a personificação do principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde.²⁹ Dessa forma, seria um possível auxiliar para intervir nesse contexto, pensando no embasamento de diagnóstico territorial e membro presente desse cotidiano inserido no território e importante conhecedor da dinâmica da comunidade.³⁰

Nesse contexto, o ACS é sujeito passível de intervenção, pois desempenha suas tarefas junto aos usuários, realiza visitas domiciliares com maior frequência, para manter os dados da população atendida atualizados, orienta a população quanto aos cuidados em saúde, como consultas, vacinas, prevenção de agravos (como exemplo, impedir a disseminação da dengue), entre outros atributos.^{13,4} Assim, o ACS pode contribuir com a qualidade de vida da população como multiplicador de saúde.

Dessa forma, é importante investigar o conhecimento dos agentes comunitários sobre a DME e tentar prover mais informações relevantes para aprimorar seu trabalho na comunidade em relação a essa dor.

Machado et al.,²² em seu estudo sobre conhecimento, atitude e prática entre os profissionais de enfermagem sobre o uso de fototerapia, citaram os autores Badran⁵ e Acioli¹, respectivamente, para definir conhecimento como aptidão em obter e reter informações a serem utilizadas, uma combinação de compreensão, experiência, discernimento, habilidade e atitude, como capacidade para reagir de certa maneira a algumas situações; interpretar acontecimentos de acordo com algumas predisposições; estabelecer conceitos de forma coerente.

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo realizar um levantamento do conhecimento e atitudes tomadas pelos agentes comunitários em relação às DME.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo de investigação, segundo Martins e Bicudo,²³ trazendo maior conhecimento sobre informações que não podem ser quantificadas neste momento.

A população incluída no estudo foi de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF) do Distrito Oeste de Ribeirão Preto – SP, vinculados ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP – HCFMRP/USP, com número de Parecer 43237.

As entrevistas foram realizadas no período de junho e julho de 2012. Foram 16 agentes comunitários de saúde entrevistados, número abaixo do estimado, por se esperar que os cinco Núcleos de Saúde da Família estivessem com cinco agentes cada.

A maioria dos entrevistados era do gênero feminino (14) e 2 do gênero masculino. Em relação ao nível de escolaridade, dois (2) participantes não tinham o ensino médio completo, nove (9) tinham o ensino médio completo,

um (1) apresentava nível técnico completo e quatro (4), ensino superior completo. A idade média dos entrevistados era de 45,13 anos. Todos tinham mais de 4 anos de experiência como agentes comunitários e tempo mínimo de atividade na unidade atual (em que foram entrevistados) de 2 anos. Houve duas exclusões do estudo de agentes que optaram por não participar.

Para início do protocolo de intervenção, foi realizada uma reunião com os coordenadores e gerentes dos Núcleos de Saúde da Família (NSF), juntamente com os ACS desses núcleos. Nessa reunião, foi feito o convite para participação no estudo, mediante o esclarecimento sobre os objetivos do trabalho. Nessa mesma oportunidade, os agentes interessados e que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução CNS196/96, sobre Ética de Pesquisa em Seres Humanos. Orientados por essa resolução, foi mantido total sigilo dos participantes do estudo e estes não podem ser reconhecidos no estudo pelas iniciais verdadeiras de seus nomes. Além disso, foram agendadas as entrevistas individuais com os participantes nos dias e horários mais convenientes para a rotina de cada um deles.

As entrevistas foram baseadas em roteiros de questões semiestruturadas, abordando o assunto de DME. As questões se basearam em: definição de DME, possíveis causas, como identificá-la e quais as ações dos agentes frente a essa identificação. Alguns aspectos da entrevista foram observados pela pesquisadora: por exemplo, a reação das agentes, como expressão corporal e questionamentos frente ao assunto discutido. Esses comportamentos foram anotados em um diário de campo, a fim de serem utilizados nas análises dos dados.

Apesar de a entrevista fenomenológica não permitir uma livre argumentação por parte do entrevistado, o estudo em questão permitiu que os participantes questionassem sobre o tema abordado, pois considerou que tal atitude poderia ser importante e que acrescentaria mais dados ao estudo.

Por se tratar de um estudo qualitativo, a análise foi baseada nas respostas das entrevistas, por meio de análise de conteúdo. O conteúdo fielmente transcrito das entrevistas foi agrupado, em ordem de representatividade temática e semelhanças, ou seja, foram observadas e analisadas as respostas que eram comuns nos relatos, segundo proposta de Minayo,²⁵ passando pelas seguintes etapas em sequência: pré-análise, exploração do material para reconhecimento dos conteúdos temáticos, tratamento dos resultados obtidos por meio de agrupamento e interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa, após analisados, foram divididos em categorias. Os entrevistados foram identificados por números arábicos, em sequência, no fim de cada frase. As respostas referentes ao conhecimento da DME – definição, características, limitações presentes foram agrupadas na categoria A e, na categoria B, foram agrupadas as respostas referentes às atitudes dos profissionais ao identificarem a DME, e à reflexão sobre seu papel profissional.

Categorias de análise

A1: Definição – características da DME e sua identificação

Nesta categoria, foi possível identificar o que os sujeitos entendem por DME e como identificam.

“Acho que é uma dor muscular...” (2)

“... seria... as pessoas que sentem dor nas pernas, dor no corpo, dor nos músculos, é... só dor. Dores gerais”. (4)

“Normalmente as queixas são as mesmas, também. ‘Tenho dor na coluna... não consigo pegar peso que dói muito, dói os braços, dói quando pisa, basicamente pelo relato’.”(2)

“Geralmente é... a paciente mesmo fala né...” (4)

Ao pedir a definição desse tipo de dor, alguns responderam como sendo uma dor apenas muscular ou esquelética e o termo é bem mais amplo, como uma dor causada pelas diversas afecções musculoesqueléticas,¹⁹ ou podendo dizer afecções do aparelho locomotor,³³ mas a grande maioria citou as diversas DME mais comuns como os locais da dor: dor nas costas, nas pernas, entre outras.¹⁵

Os entrevistados identificam os pacientes com DME primordialmente pelas queixas. São poucos os que, além da queixa, chegam a observar alguma alteração no paciente, mas nenhum dos entrevistados identifica de outra maneira.

A2: Possíveis causas da DME

Esta categoria mostra a diversidade de causas possíveis levantadas pelos agentes comunitários. Os entrevistados responderam, em sua maioria, a postura inadequada ao realizar algumas atividades e o sedentarismo.

“... Acredito que seja assim na impulsividade... não senta direito, então tudo isso atrapalha e amanha vem... a consequência... acredito que a população de agora tenha essa

prevenção que pode tá melhorando no futuro”. (4)

“... Acho que é a idade mesmo né, o desgaste natural da idade né... às vezes a gente faz as coisas erradas né, com postura errada, pega peso com postura errada... o desgaste mesmo né, da vida né, de trabalho né, de anos... vai comprometendo...” (12)

“Ah, eu acho que é o movimento repetitivo mesmo... ah, falta às vezes de exercício né, tem muitas... pessoas... que passam a fazer nem que seja uma caminhada né, alguns exercícios físicos, é... relatam melhora”. (10)

Dentre as causas da DME citadas entre os entrevistados, grande parte referiu a postura incorreta ao realizar as atividades convencionais, corroborando a fala de alguns autores sobre os vícios posturais e sobrecargas mecânicas,^{19,26} podendo essa atitude estar associada a outras comorbidades e à idade. Foram referidos pelos entrevistados o sedentarismo e os esforços repetitivos como causas da DME, o que também é mencionado na literatura.^{10,35,20}

Encontram-se, ainda, na literatura, como possíveis fatores para o desencadeamento e piora do quadro da DME, os fatores psicossociais, como depressão, consumo excessivo de álcool e tabagismo. Fatores sociodemográficos também podem estar associados à dor, como idade, peso corporal, sexo e etnia também encontram relações descritas na literatura. Aspectos socioeconômicos, nível de escolaridade, situação conjugal e a prática de atividade física vêm, frequentemente, apresentando associações positivas com essa morbidade.^{34,27}

Frente ao obstáculo que é vivenciado na saúde com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar o sistema e substituir o modelo tradicional assistencial, pensando em promover a saúde por meio de ações básicas e também prevenindo outras comorbidades, sendo uma ação mais abrangente. Nesse contexto, se insere o ACS, que tem como atribuição acompanhar os pacientes com DCNT e orientá-los.⁷

Fica, então, legitimada a importância do ACS em seguir esses pacientes com DCNT como forma de prevenir agravos. Isso é atribuição do agente e ele tem que se atentar a essas medidas voltadas para a qualidade de vida do paciente; com isso, podemos incluir alguns aspectos da DME que têm, em alguns casos, seu aspecto crônico, que deve ser reconhecido pelo agente.

A3: Diferenciação de dor aguda e dor crônica

Nesta parte, foi possível saber qual a percepção dos agentes sobre o que é dor aguda e dor crônica e suas características.

“A dor aguda é aquela crise aí ela faz o tratamento e ela consegue melhorar e a dor crônica é uma dor que tem muito tempo... é uma dor que ela convive com ela e ela não sente mais, acostumou com aquilo”. (1)

“A aguda... acredito que ela vem, traton e passa, agora a crônica ela tá sempre te acompanhando então você sempre tá com dor e é uma dor repetitiva, então é uma dor que te persegue que dói muito, eu acredito”. (4)

Em relação ao questionamento sobre diferenciação de dor aguda e dor crônica, todos os entrevistados deste estudo tiveram uma resposta semelhante, como é colocado na literatura: a dor aguda como um evento agudo, uma crise, e a dor crônica como um episódio que perdura por mais tempo e, geralmente, persiste na vida do paciente, até que ele aprende a lidar com a dor, conforme alguns autores citam.^{19,32,17}

Nessa questão, não foi comentada e considerada, por parte dos agentes, a agudização da condição crônica. No estudo, os agentes consideraram que a condição aguda é aquela que pode ser curada, enquanto a crônica, não.

Na condição de dor crônica, há episódios de agudização da dor que podem ser prevenidos, focando-se o tratamento do paciente na reabilitação e ressocialização, o que ajuda, também, a reduzir o uso de medicação analgésica e reduz o absenteísmo no trabalho.²¹

A4: Situações que são limitadas pela dor

Nesta questão, segundo o ponto de vista dos agentes comunitários de saúde, foram verificadas quais situações da vida do paciente são influenciadas, limitadas pela dor, e a atividade da rotina doméstica foi a mais relatada.

“... principalmente as donas de casa, elas falam assim ‘aí eu fui numa consulta me pediu fisioterapia e repouso’ como que uma dona de casa vai fazer repouso?” (1)

“... Não consigo arrumar a casa, né. Não consigo lavar a louça, a pia é muito alta ou é muito baixa. O cabo da vassoura é muito curto’. A queixa é mais doméstica assim... os afazeres da casa, até porque a gente encontra mais mulheres em casa do que homens, né”. (8)

Pelo fato de os entrevistados trabalharem em horário comercial e suas visitas serem nesse horário, o perfil da

população que os recebe é de mulheres que trabalham em casa, o que pode ter influenciado na questão acima sobre atividades limitadas pela dor, na qual a maioria das respostas apontou os afazeres domésticos. Foram poucos os entrevistados que referiam os homens como indivíduos com queixa, pois quase não eram encontrados em suas residências.

As AVD básicas são todas aquelas feitas no cotidiano de forma automática e que todo ser humano realiza no decorrer do seu dia, como higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, calçar-se e deambular; as AVD instrumentais são aquelas atividades mais complexas de trabalho, que necessitam de maior independência funcional, como cozinhar, guardar utensílios em armários, arrumar a cozinha, lavar roupas.

Além de a DME causar algumas dificuldades na realização das AVD, como referido neste estudo, a literatura traz que a dor também pode influenciar no ambiente de trabalho. Isso pode acarretar grande impacto e sobrecarga na qualidade de vida do paciente, pensando-se, também, nas condições ergonômicas nesse local.³⁶

Além do impacto na atividade laboral, a dor crônica possui como uma de suas consequências a redução da socialização e da capacidade para lazer. Sendo assim, as pessoas que possuem esse quadro de dor começam a apresentar incertezas sobre seu futuro, gerando grande impacto na qualidade de vida do paciente.¹⁶

A5: Razão pela qual a DME está tão evidente, comum atualmente

Neste ponto, foi pedido para que os entrevistados apontassem o motivo de essa dor estar tão presente na rotina das pessoas. Mais uma vez, foi ressaltada a questão de inadequação postural.

“... na maioria das visitas diárias tem bastante queixa sobre isso. Acho que a maioria é má postura... as mulheres principalmente... fazem o serviço de casa, uma má postura, faz de forma errada. E é falta de conhecimento de como fazer os afazeres da casa sem tanto se sobrecarregar”. (1)

“... mas no corre-corre do dia a dia... eles não param pra pensar na maneira como tá fazendo isso. Então extrapola, faz tudo errado”. (2)

“... muito das dores seria assim diminuídas... pela postura correta... o exercício físico entendeu, melhoraria muitas das dores...” (6)

No contexto atual, para os entrevistados, a razão pelo qual as DME são tão comuns remete às questões das cau-

sas. São atividades e atitudes, como uma postura errada que leva à dor, que já estão incorporadas na pessoa; ela não aprende a fazer da maneira correta ou, se aprende, acha complicado seguir as orientações e prefere fazer da maneira como fazia anteriormente, pois fica mais rápido e esse comportamento já foi aprendido há muito tempo.

Nesta questão, não foram comentados outros fatores de risco para surgimento da DME, como: sedentarismo, tabagismo, obesidade, que foram destacados anteriormente,³⁴ fatores sobre os quais o ACS pode, durante suas visitas, questionar ao paciente e, assim, trabalhar na forma de prevenção e promoção de saúde.

B1: Atitudes dos agentes frente à queixa de DME

Nesta questão, é possível perceber o que os agentes fazem ao se depararem com essa queixa. Foram referidos: orientações, buscar atendimento médico, clínico para saber o diagnóstico, como também reforço de alguma orientação postural para amenizar a dor.

“A sequência é que nós vamos na visita né, a gente escuta, se for algum caso extremo, tá com muita dor, a gente já fala: ‘não você já pega e já vai.’ Se não a gente vem e discute com a equipe...” (8)

“A primeira é procurar investigar né, procurar auxílio médico e outro profissional, você teria que vir até a unidade e passar por uma avaliação né, pra poder investigar e tratar, um possível tratamento de cura”. (13)

“... do que eu aprendi eu tento passar e aí, persistindo eu oriento vir passar em consulta. Sempre que é dor eu oriento pra vir, pra passar porque nem sempre pode ser a mesma coisa... então, qualquer que seja a dor a gente faz as orientações, que a gente sabe que é o ideal pra uso diário da vida dela, mas tem que ter o acompanhamento médico”. (2)

Quanto às atitudes que os agentes tomam quando reconhecem que o indivíduo tem uma queixa e apresenta o quadro de dor, a maioria deles orienta buscar ajuda e uma avaliação clínica, antes de qualquer outra ação. Isso pode ser discutido também dentro da “reunião de família”, ou seja, no momento em que a equipe se reúne para discutir os casos e propor ações para melhoria, conforme preconizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):⁶ identificação da situação de risco e encaminhamento aos setores responsáveis.

Por essa falta de preparo demonstrada por meio das entrevistas, fica complicado para os agentes identificarem os quadros de DME na população atendida e visitada, por

isso os agentes lançam mão das consultas eventuais, para avaliarem e confirmarem a queixa do paciente.

B2: Competências do agente comunitário

A partir desta questão, começamos a discutir, de maneira mais aprofundada, como os ACS entendem suas competências com relação à DME. A questão é mais voltada para o aspecto da habilitação dos agentes, se eles têm treinamento para reconhecer a DME, se são capacitados para fazerem essa primeira avaliação, se sentem segurança para dar esse tipo de informação, o que realmente eles entendem desse contexto, como multiplicadores do cuidado na população.

“... algumas posturas que a gente sabe que pode tá ajudando é orientar procurar ajuda do médico, porque é ele que vai poder dar um tratamento, indicar alguma coisa que é melhor para ajudar aquela pessoa no momento”. (1)

“É a gente assim realiza as orientações pra mudança das pessoas tá, a mesma orientação que o médico dá, que a fisioterapia dá, a gente pode tá ajudando nisso daí... a gente reforça o que ela falou... (15)

Outra parte dos ACS não realiza nenhuma orientação para auxiliar na diminuição da dor, a não ser procurar avaliação clínica, por não se sentir segura ou capacitada para tal ação.

“Não, eu evito; eu particularmente, não sei os colegas, mas eu evito fazer algum tipo de orientação assim porque eu não sei qual o motivo da dor, né”. (10)

As respostas foram bem diversificadas e divergentes, o que simboliza que o papel dos agentes ainda não é bem compreendido tanto pelos próprios agentes quanto pela equipe; eles não sabem se essas atitudes seriam tarefas deles ou não são habilidades esperadas de um agente.

O consenso da atribuição e das práticas dos agentes atualmente se baseia no documento do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

B3: Segurança ao repassar as orientações ao paciente

Nesta parte, questionou-se o grau de segurança em passar essas orientações. Dentre os agentes que relataram passar alguma informação ao paciente, todos eles sentiram segurança em transmitir os cuidados e acham que têm informação suficiente para realizá-lo.

“Sinto”. “... Acho que a gente tem bastante... então tem muita coisa que a gente às vezes leva para nosso particular e ajuda as pessoas né”. (1)

“A gente tem várias capacitações né, em todos os sentidos... essas orientações básicas né; no dia a dia, na troca de experiência, com equipe multi/interdisciplinar, multiprofissional, isso contribuiu”. (13)

Muitos até realizam, na sua unidade, atividades e orientações para sanar e auxiliar nessa questão da DME, ações simples, como reconhecer o problema postural, de orientar uma postura mais adequada, o que poderia desafogar encaminhamentos desnecessários, “superficiais”, para a equipe de médicos ou fisioterapeutas. Com a experiência de ter uma equipe de residentes multiprofissionais nas unidades dos agentes entrevistados, mesmo as equipes que não tinham o fisioterapeuta, mas o terapeuta ocupacional presente, via-se que isso auxiliava nessas ações e vê-se que esse tipo de atitude de orientar o paciente é mais comum, aspecto que talvez não seja realidade de outras regiões da cidade, outros municípios ou estados.

B4: Contribuição da equipe multiprofissional (categoria emergente)

Este foi um ponto interessante colocado pelos entrevistados sobre a importância do trabalho em equipe.

“... porque nosso trabalho é de formiga né, e têm pessoas assim que a gente começa a falar e não se interessam aí a gente leva a residência multi até eles, entendeu... é um grupo porque ninguém trabalha sozinho, eu joga a sementinha, se a gente viu que teve interesse... E a gente já conseguiu algumas mudanças... são pequenas coisas que nem custa tanto dinheiro, que às vezes com tão pouquinho, assim pra dar um alívio pra pessoa, dar uma qualidade de vida... vai fazer 2 anos né, e elas fizeram a diferença, porque você trabalhar em grupo é muito melhor”. (6)

O trabalho em equipe é algo valorizado pelos ACS e é algo almejado dentro da ESF, mas a equipe não deve ser apenas um “resolvedor” dos problemas do ACS, mas auxiliar o agente na realização do seu trabalho e potencializá-lo nessa resolutividade; a responsabilidade deve ser dividida por todos da equipe.^{14,9}

B5: Opinião dos agentes sobre seu papel de multiplicador de saúde

Neste quesito, foi questionado aos ACS como enten-

dem seu papel como profissionais, em relação a este tipo de DME, a orientar essa população quanto aos cuidados posturais. A maioria revelou que seria, sim, seu papel orientar.

“Essa é a minha função, que tem primeiro tentar resolver o problema dentro de casa; amenizar pelo menos. Permanece porque é uma coisa aguda precisa mandar vir mesmo, já não é mais o meu papel”. (2)

“Eu acho que é meu papel fazer tudo que eu posso pra ajudar a pessoa, principalmente quando eu fui na casa dela buscar... a gente tem o conhecimento, a nossa obrigação é passar, não só por obrigação, mas... porque a gente escolheu fazer isso né... talvez ele pode até entender numa linguagem mais simples você conversando assim com ele, do que quando o médico falou né... contribui né, soma...” (5)

“Ah, eu creio que sim, né, na realidade a gente faz promoção de saúde... Pra não perder essa autonomia que é tão importante né... acho que o trabalho da gente é esse né, através desse vínculo é ajudar a pessoa...” (12)

O agente comunitário tem grupos prioritários de trabalho que são preconizados no PACS, como deficientes físicos, gestantes, adolescentes, idosos, entre outros, e é orientado a planejar ações para a promoção de saúde e prevenção para esses grupos, sendo as suas ações sempre orientadas e supervisionadas por uma enfermeira da unidade.⁶

Pensando nessa ação dos agentes e nos grupos de prioridade, se refletirmos, todos os indivíduos dos grupos podem ter algum desconforto ou dor que pode ser causada pela postura inadequada e algumas orientações de postura que sejam simples de repassar podem auxiliar ou amenizar essa dor. Isso pode ser muito bem trabalhado dentro da equipe, se informando por meio de um profissional habilitado nessa área (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), para que esse faça um treinamento com a equipe.

E um ponto importante que esses questionamentos trouxeram foi a oportunidade de os ACS repensarem seu papel como agentes, refletirem sobre sua atuação e habilidade.

“... mesmo que seja uma orientação que você acha boba, básica, será que é meu papel mesmo fazer isso? Tem que pensar, refletir. Talvez seja melhor mesmo passar e o fisioterapeuta... por mais que a gente quer ajudar pode tá atrapalhando”. (1)

“É a gente... para pra pensar assim né, se poderia tá aju-

dando mais né, não sei. Eu acho que é isso. A gente fica pensando será que eu tô fazendo meu papel, não sei, ajudando?...” (11)

É possível ver que, nessas unidades em que os profissionais foram entrevistados, a maioria deles já tem essa atitude de poder repassar alguns cuidados, além dos que já são preconizados, mas ainda é grande a dúvida se é papel dos agentes ou de outros profissionais; a insegurança também é presente. Mesmo assim, o importante é que eles veem no paciente uma pessoa que precisa de cuidado e procuram fazer tudo que é possível para chegar ao objetivo, nem que para isso precisem se capacitar mais e fazer mais um pouco do que já realizam.

CONCLUSÃO

O intuito do estudo foi realmente levantar esses dados reproduzidos pelos agentes comunitários, fazendo com que estes pudessem parar e refletir sobre suas atitudes, conhecimentos e atribuições como profissionais de saúde.

De maneira geral, os agentes possuem um bom entendimento sobre as DME, como as causas, as consequências, possíveis meios de alívio da dor e certos das atitudes que devem tomar frente a esse problema.

Com este estudo, foi possível perceber, também, que os ACS ainda não têm uma percepção bem formada sobre suas atribuições e que isso pode comprometer suas ações dentro da equipe e da unidade, mas estão buscando respostas para isso. Neste estudo, notamos que os ACS começaram a refletir mais sobre suas ações e atitudes frente a uma queixa simples de dor que é tão comum. Ficam as questões: o que é atribuição e de quem é?

Potencializar o profissional pode maximizar o trabalho e a resolutividade, sendo até mais rápido o retorno para o paciente, que é nosso maior interessado e merece nosso cuidado e nosso melhor preparo. Essa questão precisa ser pactuada dentro da equipe e estratégias de educação permanente voltadas para essas orientações e para a linguagem do agente têm que ser elaboradas, para que ele tenha mais segurança ao repassar os cuidados, mas essa atividade ainda não é pactuada no PACS.

O que precisa ser feito ou pactuado é se a questão das orientações posturais poderia entrar como mais uma atribuição do agente. É do agente ou de outro profissional específico? É necessário lembrar que os agentes já possuem inúmeras tarefas e atribuições e essa ação seria mais uma delas.

É um tema que merece maior estudo e maior conhecimento sobre o assunto; refletir sobre que está sendo feito para essa população de agentes, que são tão importantes

na confirmação da ESF na comunidade atendida, pois os agentes são uma importante ligação com a população. É preciso confirmar e reafirmar as atribuições desses profissionais de saúde que tanto contribuem para a sociedade e, às vezes, ficam esquecidos dentro da equipe, sendo apenas auxiliares no repasse de quem entra ou sai daquele território. E, assim, lhes dar respaldo teórico-prático, para que a insegurança seja menor.

É importante pensar, também, na população que pode se beneficiar desse fato, pois, com uma melhor capacitação dos agentes, estes poderão contribuir mais com a comunidade e afirmar sua habilitação como multiplicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(1):117-21
2. Anderson VP. Cumulative trauma disorders: a manual for musculoskeletal diseases of the upper limbs. Cincinnati, Ohio: Taylor & Francis; 1988.
3. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 2000; 22(17):794-801.
4. Bachilli RG et al. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):51-60.
5. Badran IG. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *East Mediterr Health J*. 1995; 1:S8-16.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
8. Budó MLD et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):36-43.
9. Cotta RMM et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasília, 2006 set.; 15(3).
10. Croft PR. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine*. 1995; 20:2731-7.
11. Crombie IK et al. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press; 1999.
12. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34:316-9.
13. Escorel S et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil [Article in Portuguese]. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2-3):164-76.
14. Furlan PG. Intervenção “Paidéia” com agentes comunitários de saúde: estratégia de educação permanente e apoio institucional no contexto das políticas públicas [trabalho de conclusão de curso]. Campinas/SP: UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005 [Recuperado em 01 outubro 2012 do *website* do programa]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/intervencao.pdf>.
15. Garcia MBL, Calich I. Artrites e artralguas. In: Martins MA; Beseñor IM, Atta JÁ. *Semiologia clínica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p.566-574.
16. Grunert B. When chronic pain is the problem. In: Ranney D, editor. *Chronic musculoskeletal injuries in the workplace*. Philadelphia: WB Saunders; 1997. cap.16, p. 259-68.
17. Guarino AH, Myers JC. An assessment protocol to guide opioid prescriptions for patients with chronic pain. *Mo Med*. 2007; 104(6):513-6.
18. IASP Task Force on Taxonomy. Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N, editors. *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. p.207-13.
19. Leresche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. In: Fillingim RB, editor. *Sex, gender and pain*. Progress in pain research and management. v. 17. Seattle: IASP Press; 2000. p.233-49.
20. Leresche L. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain*.

2007; 129:269-78.

21. Lima MAG, Trad L. Dor crônica: objeto insubordinado. História, Ciências, Saúde. Manguinhos/RJ, 2008 jan./mar.; 15(1):117-133.

22. Machado SPC et al. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. Rev Bras Enferm. Brasília. 2012 jan./fev.; 65(1).

23. Martins J, Bicudo M. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC; 1989.

24. Mentz-Rosano L. Atualização para o tratamento da dor musculoesquelética. Revista Atualiza Dor. 2010 nov.: 4-9.

25. Minayo MC, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

26. Minson FP, Mentz-Rosano L. Dor musculoesquelética. São Paulo: Cristália; 2010 (Fascículo 4).

27. Sá K et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4):622-30.

28. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de autoeficácia. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):135-40.

29. Seabra DC et al. O agente comunitário de saúde na visão de equipe mínima de saúde. Rev APS. 2008 jul./set.; 11(3):226-234.

30. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2002 fev.; 6(10):75-96.

31. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2001.

32. Smith BH et al. The impact of chronic pain in the community. Fam Pract. 2001; 18:292-9.

33. Teixeira MJ, Pimenta CAM. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, editor. Dor: conceitos gerais. São Paulo: Limay; 1995. 61p.

34. Turner JA et al. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. BMC Musculoskelet Disord. 2004; 5:14. DOI: 10.1186/1471-2474-5-14.

35. Von Korff M. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. Pain. 1993; 55:251-8.

36. Walsh IAP et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. Rev Saúde Pública. 2004; 38(2):149-56

37. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81:646-656.

Submissão: novembro/2012

Aprovação: setembro/2014
