

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Conhecimento, Atitude e Prática dos Profissionais da APS sobre Grupos para Pessoas com Dores Crônicas

Maria Simone Gomes de Lima, Pedro Carlos Silva de Aquino, Caroline Guimarães Damascena, Juliana Fernandes Souza Barbosa, Dinalva Lacerda Cabral

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15545>

Submetido em: 2026-03-21

Postado em: 2026-03-25 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1524-6930>)

Conhecimento, atitude e prática dos profissionais da APS sobre grupos para pessoas com dores crônicas

Maria Simone Gomes de Lima¹; Pedro Carlos Silva de Aquino²; Caroline Guimarães Damascena³; Juliana Fernandes Souza Barbosa⁴; Dinalva Lacerda Cabral⁵

Afiliações dos Autores

¹Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário da Cidade do Rio de Janeiro (UniverCidade). Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8695-9210>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8695-9210>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1351372447872693>

E-mail: mariasimonefisio@gmail.com

²Graduado em Educação Física pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Profissional de Educação Física, Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5575-6591>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5575-6591>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5110840012167343>

E-mail: pedrocarlos140698@gmail.com;

³Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Servidora Pública, Analista em Saúde, Fisioterapeuta Exclusiva da Estratégia de Saúde e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5993-6933>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5993-6933>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8035601466927454>

E-mail: carolgdamascena@gmail.com

⁴Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7509-8853>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7509-8853>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3668154443325318>

E-mail: juliana.fsbarbosa@ufpe.br

⁵Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica de Pernambuco. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/PE). Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6570-9710>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6570-9710>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/53910992261242391>

E-mail.com: dinalva.lacerda@ufpe.br

Resumo: Identificar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao cuidado às pessoas com dores crônicas, a partir do trabalho com grupos terapêuticos, destacando os fatores considerados barreiras e facilitadores. Estudo descritivo, de método misto, quali-quantitativo, realizado em duas Unidades de Saúde da Família, em Recife-PE, no período de agosto-novembro/2025. A amostra foi composta por profissionais de saúde, com nível superior, que responderam ao questionário “Conhecimento, Atitude e Prática”. Um total de 17 profissionais participaram do estudo, 12 deles eram da equipe Saúde da Família (eSF) e cinco da equipe Multiprofissional (eMulti). Como barreiras ao cuidado às pessoas com dores crônicas, identificou-se sete categorias, destacando a “falta de capacitação, educação permanente em saúde e/ou apoio matricial” e as “barreiras estruturais e organizacionais”, que foram mencionadas por 52,9% e 41,2% dos profissionais, respectivamente. Identificou-se cinco categorias como aspectos facilitadores, dentre elas, a “presença da eMulti junto à eSF” e a “disponibilidade de equipamentos sociais no território para desenvolver ações intersetoriais em saúde” foram consideradas por 29,4% dos participantes. Os achados deste estudo oferecem subsídios relevantes para a reflexão crítica sobre o cuidado à pessoa com dor crônica na APS.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Dor Crônica; Processo de Trabalho em Saúde; Educação em Saúde.

Knowledge, attitude, and practice of primary care professionals regarding groups for people with chronic pain

Abstract

Identify the knowledge, attitudes, and practices of Primary Health Care (PHC) professionals in relation to the care of people with chronic pain, based on work with therapeutic groups, highlighting the factors considered barriers and facilitators. Descriptive study, mixed-method, qualitative-quantitative study was conducted in two Family Health Units in Recife, Pernambuco, from August to November 2025. The sample consisted of health professionals with higher education who responded to the “Knowledge, Attitude, and Practice” questionnaire. A total of 17 professionals participated in the study: 12 from the Family Health team (eSF) and 5 from the Multidisciplinary team (eMulti). Seven categories were identified as barriers to care for people with chronic pain, highlighting the “lack of training, continuing education in health, and/or matrix support” and “structural and organizational barriers,” which

were mentioned by 52.9% and 41.2% of professionals, respectively. Five categories were identified as facilitating aspects, among which the “presence of eMulti alongside eSF” and the “availability of social equipment in the territory to develop intersectoral health actions” were considered by 29.4% of the participants. The findings of this study offer relevant insights for critical reflection on the care of people with chronic pain in PHC.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Primary Health Care; Chronic Pain; Healthcare Work Process; Health Education.

Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la APS sobre los grupos para personas con dolor crónico

Resumen: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) en relación con el cuidado de personas con dolor crónico, a partir del trabajo con grupos terapéuticos, destacando los factores considerados barreras y facilitadores. Estudio descriptivo, de método mixto, cualitativo-cuantitativo, realizado en dos Unidades de Salud Familiar, en Recife-PE, en el período de agosto a noviembre de 2025. La muestra estuvo compuesta por profesionales de la salud con nivel superior que respondieron al cuestionario “Conocimiento, actitud y práctica”. Un total de 17 profesionales participaron en el estudio, 12 de ellos del equipo de Salud de la Familia (eSF) y cinco del equipo Multiprofesional (eMulti). Se identificaron siete categorías de barreras para la atención a personas con dolor crónico, entre las que destacan la “falta de capacitación, educación permanente en salud y/o apoyo matricial” y las “barreras estructurales y organizativas”, mencionadas por el 52,9 % y el 41,2 % de los profesionales, respectivamente. Se identificaron cinco categorías como aspectos facilitadores, entre ellas, la “presencia de eMulti junto a eSF” y la “disponibilidad de equipos sociales en el territorio para desarrollar acciones intersectoriales en salud” fueron consideradas por el 29,4 % de los participantes. Los resultados de este estudio ofrecen aportes relevantes para la reflexión crítica sobre la atención a personas con dolor crónico en la APS.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y práctica en salud; Atención primaria de salud; Dolor crónico; Proceso de trabajo en salud; Educación en salud.

Introdução

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial.^{1,2} Essa definição incorporou avanços científicos na compreensão do fenômeno doloroso, reconhecendo sua natureza subjetiva e multidimensional, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais¹⁻³.

A dor, quando persiste por período superior a três meses, é caracterizada como crônica, condição reconhecida na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), configurando-se como um relevante problema de saúde pública global. Estima-se que 25% da população mundial vivencie dor crônica. No Brasil, a prevalência varia entre 39% e 76%^{2,4}.

Estudos demonstraram que a dor crônica pode estar associada a repercussões negativas na funcionalidade, qualidade de vida (QV) e participação social, além de gerar maior utilização dos serviços de saúde e de fármacos, muitas vezes, por meio da automedicação^{3,5}. Esse cenário evidencia os limites do modelo biomédico hegemônico, centrado predominantemente na prescrição farmacológica, e reforça a necessidade de abordagens ampliadas e não farmacológicas para o cuidado às pessoas com dor crônica, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶⁻⁹.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, enquanto porta de entrada preferencial do SUS, ocupa posição estratégica no cuidado às pessoas com condições crônicas, orientando-se por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e coordenação do cuidado^{8,9}. As atividades coletivas desenvolvidas na APS destacam-se como importantes dispositivos de cuidado ao favorecerem a integralidade da atenção, fortalecimento de vínculos, compartilhamento de saberes e a corresponsabilização entre profissionais e usuários. O trabalho com grupos possibilita ações educativas, estímulo à autonomia e problematização de crenças e comportamentos relacionados à dor, contribuindo para o enfrentamento da condição crônica¹⁰⁻¹².

Considerando a complexidade da dor crônica, é fundamental a atuação interprofissional na APS, por meio das equipes Saúde da Família (eSF) e Multiprofissionais (eMulti), tendo como objetivo oferecer um cuidado integral, longitudinal e resolutivo. Entretanto, estudos apontaram que o processo de formação e o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde ainda são marcados por ações fragmentadas, dificuldades organizacionais e limitações na incorporação de estratégias coletivas de cuidado, o que pode impactar o desenvolvimento de grupos voltados a essa população^{4,5,7,11,12}.

Diante disso, torna-se relevante compreender como o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais da APS se expressam em relação ao trabalho com grupos terapêuticos para pessoas com dores crônicas. Assim, os estudos de “Conhecimento, Atitude e Prática” (CAP) se configuram como ferramenta estratégica para esse diagnóstico ao permitirem identificar percepções, práticas adotadas, bem como as barreiras e os facilitadores presentes no cotidiano dos serviços, subsidiando o planejamento e a qualificação das ações em saúde¹³⁻¹⁵.

Nessa perspectiva, o presente estudo visa identificar conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da APS em relação ao cuidado às pessoas com dores crônicas, a partir do trabalho com grupos terapêuticos, destacando os fatores considerados barreiras e facilitadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com método misto, quantitativo e qualitativo. A abordagem mista permite integrar diferentes estratégias de investigação, por meio da utilização de questões fechadas, de caráter quantitativo, e abertas, de caráter qualitativo, possibilitando análises estatísticas e textuais complementares¹⁶.

No presente estudo, o inquérito CAP foi utilizado como estratégia metodológica para identificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais da APS em relação ao cuidado às pessoas com dores crônicas, a partir do trabalho com grupos terapêuticos. A abordagem mista possibilitou integrar dados objetivos e subjetivos ao questionário desenvolvido, ampliando a compreensão do fenômeno investigado, bem como identificar barreiras e facilitadores presentes no cotidiano dos serviços¹⁷.

A amostra foi composta por profissionais de saúde, com formação de nível superior, atuantes em duas Unidades de Saúde da Família (USF), cada uma com duas eSF, que contam com cobertura de uma eMulti, localizadas no Distrito Sanitário VI (DS-VI), no município de Recife/Pernambuco, no período de agosto a novembro de 2025. A seleção dos participantes foi do tipo não probabilística, por conveniência e intencional. Todos os voluntários concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados do trabalho durante o período do estudo.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), sob o Parecer nº 7.486.417, por meio de entrevistas individuais e presenciais, realizadas em uma sala reservada nas USF estudadas, utilizando um instrumento estruturado de inquérito CAP, elaborado pelas pesquisadoras

responsáveis, a partir do levantamento bibliográfico sobre o tema¹³⁻¹⁵, de orientações de instituições de referência nacional^{18,19} e internacional²⁰, e do objetivo deste estudo.

O instrumento CAP é composto por questões semiestruturadas, distribuídas em quatro seções: 1. Dados sociodemográficos; 2. Conhecimento; 3. Atitude e 4. Prática dos profissionais sobre o tema. Além disso, o CAP apresenta questões voltadas à identificação de barreiras e facilitadores para o desenvolvimento de grupos terapêuticos destinados às pessoas com dores crônicas na APS.

Um teste piloto foi realizado utilizando o CAP, com dez profissionais de saúde em uma USF do DS-IV do município estudado, visando avaliar a clareza, a compreensão e a adequação das questões, bem como promover ajustes na redação e no alinhamento das respostas esperadas ao fenômeno investigado. Após essa etapa, o questionário foi revisado e aplicado na coleta definitiva de dados.

A primeira seção é relacionada aos dados sociodemográficos, contendo nome, idade, sexo, raça, USF, tipo de equipe atuante, categoria profissional, tempo de atuação na APS, maior titulação e interesse em participar da pesquisa. A segunda seção, “Conhecimento”, abordou os saberes dos profissionais relacionados à dor crônica, incluindo formação e capacitação prévia, conhecimento de referências institucionais, instrumentos de avaliação da dor e aspectos relacionados ao trabalho com grupos na APS e à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

A seção “Atitude” analisou as percepções e posicionamentos dos profissionais da eSF e da eMulti quanto à compreensão da dor crônica, avaliação centrada na pessoa, capacidade da APS para o acompanhamento desses casos e ao papel dos grupos terapêuticos e da Educação Popular em Saúde no cuidado às pessoas com dor crônica, com as respostas organizadas em escala do tipo *Likert*. E a seção “Prática” examinou como o cuidado às pessoas com dor crônica é efetivamente desenvolvido na APS, considerando a frequência de atendimentos, o uso de instrumentos de avaliação e monitoramento da dor, o acompanhamento longitudinal e a experiência dos profissionais na condução de grupos de autocuidado apoiado nos territórios.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, apresentados em tabelas, utilizando frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e dispersão, quando pertinentes. Utilizaram-se os *softwares* Excel[®] 2010 e Jamovi[®], versão 2.4.11, para tabulação, cálculos estatísticos e apresentação dos resultados.

As respostas das questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática, conforme a proposta de Bardin²¹, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição e interpretação do conteúdo dessas mensagens. O critério de

saturação foi adotado para definição da amostra qualitativa, sendo a coleta de dados interrompida quando o acréscimo de informações não contribuiu para ampliar a compreensão do fenômeno estudado²¹. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados por numeração sequencial nos trechos analisados.

Resultados

Seção 1 - Dados sociodemográficos dos profissionais

Participaram do estudo um total de 17 profissionais de saúde, com predominância do sexo feminino (82,4%) e de raça/cor autodeclaradas brancas (76,5%), com média de idade de 44,2, variando entre 25 e 67 anos. A maioria (12 voluntários) atua na eSF, sendo a categoria médica a mais frequente (29,4%), seguida por enfermagem (23,5%) e odontologia (17,6%) e cinco profissionais atuavam na eMulti (Tabela 1).

Em relação ao tempo de atuação na APS, foi superior a 10 anos para 58,9% dos participantes, especialmente no intervalo entre 11 e 20 anos (35,3%). Quanto à formação, a maioria deles possuía especialização ou residência em saúde (58,8%), seguida por mestrado (23,5%) e apenas 11,8% não realizou pós-graduação (Tabela 1).

Entre os profissionais com pós-graduação (n=15), identificaram-se diferentes áreas de formação, com maior frequência de especialização em Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade (41,2%); seguida de Saúde Pública (11,8%), Clínica Integrada em Odontologia (11,8%), Saúde Coletiva (5,9%), Cuidados Paliativos (5,9%), Farmácia Clínica Hospitalar (5,9%) e Ciências da Educação (5,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes, Recife-PE, Brasil, 2025.

VARIÁVEIS		
Idade (em anos)	Média 44,2	DP 11,9
Sexo	N	%
Feminino	14	82,4
Masculino	3	17,6
Raça/cor		
Branca	13	76,5
Parda	4	23,5
USF de atuação		
1	7	41,2
2	5	29,4
Ambas	5	29,4

Equipe APS		
eSF	12	70,6
eMulti	5	29,4
Categoria profissional		
Medicina	5	29,4
Enfermagem	4	23,5
Odontologia	3	17,6
Serviço Social	2	11,8
Farmácia	1	5,9
Fisioterapia	1	5,9
Fonoaudiologia	1	5,9
Anos de atuação		
1–5 anos	5	29,4
6–10 anos	2	11,8
11–20 anos	6	35,3
21–30 anos	2	11,8
≥31 anos	2	11,8
Maior titulação		
Graduação	2	11,8
Especialização	10	58,8
Mestrado	4	23,5
Doutorado	1	5,9

Legenda: DP = desvio padrão; USF= unidade de Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde; eSF = Equipe Saúde da Família; eMulti = Equipe Multidisciplinar.

Fonte: Autores.

Seção 2 - Conhecimento dos profissionais sobre dor crônica e trabalho com grupos na APS

A Tabela 2 apresenta os resultados da dimensão “Conhecimento” do inquérito CAP, abrangendo formação e capacitação em dor crônica, conhecimento de referências institucionais, instrumentos de avaliação da dor, conceitos de dor aguda e crônica, trabalho com grupos na APS e a PNEPS-SUS. A maioria dos profissionais (76,5%) relataram não ter realizado capacitação específica em dor crônica. Entre aqueles que referiram alguma formação, predominaram cursos pontuais, como *workshops* ou capacitações de curta duração. Para a maioria deles, o tempo decorrido desde a última capacitação não se aplicava, refletindo a ausência de formação prévia.

Quanto ao conhecimento de referências institucionais e científicas na área da dor, nenhum participante declarou conhecer a IASP. A maioria afirmou não conhecer a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) (70,6%), nem plataformas de disseminação científica na área, como o *site* Pesquisa em Dor (PED) (94,1%) (Tabela 2).

Em relação aos instrumentos de avaliação da dor, a maioria dos profissionais referiu conhecer escalas de mensuração da intensidade dolorosa, sobretudo a Escala Analógica Numérica (EAN), utilizada isoladamente (29,5%) ou associada a outras escalas (41,2%). Entretanto, 29,4% dos participantes indicaram que a utilização desses instrumentos não se

aplicava à sua prática profissional e nenhum participante declarou conhecer o Índice Oswestry (Tabela 2).

No que se refere aos conhecimentos conceituais, 70,6% afirmaram saber identificar e 64,7% diferenciar dor aguda e dor crônica. Ainda assim, uma parcela expressiva dos participantes relatou não saber identificar (29,4%) ou diferenciar (35,3%) os tipos de dor (Tabela 2).

Quanto à formação para o trabalho com grupos na APS, 70,6% dos profissionais informaram não ter realizado capacitação específica. Em relação à PNEPS-SUS, pouco mais da metade (52,9%) declarou conhecê-la, enquanto 47,1% relataram desconhecimento dessa política (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre dor crônica e trabalho com grupos, Recife-PE, Brasil, 2025.

VARIÁVEIS	N	%
Capacitação em dor crônica		
Não realizou	13	76,5
<i>Workshop</i> /curso < 4h	3	17,6
<i>Workshop</i> ≥ 4h + curso curta duração	1	5,9
Tempo desde a capacitação em dor crônica		
Não se aplica	13	76,5
Até 2 anos	1	5,9
6–10 anos	3	17,6
Conhece a IASP		
Não	17	100
Conhece a SBED		
Não	12	70,6
Sim	5	29,4
Conhece o site PED		
Não	16	94,1
Sim	1	5,9
Instrumentos de avaliação da dor conhecidos		
EAN	5	29,5
EAN + EVA	6	35,3
EAN + BPI	1	5,9
Não se aplica	5	29,4
Conhece o Índice de Oswestry		
Não	17	100
Sabe identificar dor aguda e crônica		
Sim	12	70,6
Não	5	29,4
Sabe diferenciar dor aguda e crônica		
Sim	11	64,7
Não	6	35,3
Capacitação para trabalho com grupos na APS		
Não realizou	12	70,6

<i>Workshop</i> /curso < 4h	2	11,8
Curso curta duração (1 fim de semana)	1	5,9
<i>Workshop</i> ≥ 4h + curso curta duração	2	11,8
Tempo desde capacitação para grupos		
Não se aplica	12	70,6
Até 1 ano	4	23,5
6–10 anos	1	5,9
Conhece a PNEPS-SUS		
Sim	9	52,9
Não	8	47,1

Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; EAN = Escala Analógica Numérica; EVA = Escala Visual Analógica; BPI = Brief Pain Inventory; IASP = International Association for the Study of Pain; PNEPS-SUS = Política Nacional de Educação Popular em Saúde; SBED = Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor.

Fonte: Autores.

Seção 3 - Atitudes dos profissionais frente à dor crônica e ao trabalho com grupos

A tabela 3 apresenta os resultados da dimensão “Atitude” do inquérito CAP. De modo geral, observou-se predomínio de respostas favoráveis quanto ao reconhecimento da dor crônica como fenômeno complexo e multidimensional, à importância de abordagens centradas na pessoa e à comunicação empática no cuidado, organizadas em escala do tipo *Likert*.

Apesar disso, verificou-se dispersão relevante das respostas, com posicionamentos neutros ou discordantes, especialmente nas afirmações relacionadas à segurança conceitual para explicar a dor como experiência biopsicossocial. Além de uma parcela expressiva dos profissionais discordarem da capacidade da APS no acompanhamento longitudinal da maioria dos casos de dor crônica (47,1%) (Tabela 3).

Sobre o uso de estratégias coletivas, todos os profissionais reconheceram a relevância dos grupos terapêuticos e das ações educativas, embora parte significativa não se sentisse plenamente segura de conhecimentos para desenvolvê-los (41,2%).

Tabela 3 - Distribuição das atitudes dos profissionais quanto à autoavaliação do conhecimento e posicionamentos sobre o cuidado da dor crônica na APS, Recife-PE, Brasil, 2025.

QUESTÕES	DISCORDA	NEUTRO	CONCORDA
	N (%)	N (%)	N (%)
Você classifica seu conhecimento como adequado para definir e explicar a dor aos usuários/comunidade como uma experiência complexa e multidimensional?	3 (17,6)	6 (35,3)	8 (47,1)
Você classifica seu conhecimento como adequado para perceber o estado cognitivo e emocional dos usuários/comunidade e explicar como esses fatores podem influenciar a avaliação, o tratamento e o manejo da dor?	0	6 (35,3)	11 (64,7)
Você classifica seu conhecimento como adequado para observar o estado familiar e social dos usuários/comunidade e explicar como esses fatores podem influenciar a avaliação, tratamento e manejo da dor?	1 (5,9)	2 (11,8)	14 (82,4)

Você classifica seu conhecimento como adequado para falar sobre a dor como um problema de saúde pública?	1 (5,9)	2 (11,8)	14 (82,4)
Você classifica seu conhecimento como adequado para avaliar e aplicar medidas centradas na pessoa, considerando os fatores biopsicossociais envolvidos?	3 (17,6)	2 (11,8)	12 (70,6)
Você classifica seu conhecimento como adequado para entender e aplicar uma comunicação empática e centrada na pessoa com dor crônica?	1 (5,9)	5 (29,4)	11 (64,7)
Você concorda que a maioria dos casos de dor crônica conseguem ser acompanhados/monitorados na APS?	8 (47,1)	3 (17,6)	6 (35,3)
Você concorda que o trabalho em grupos terapêuticos pode facilitar o acompanhamento e monitoramento da maioria dos casos de dor crônica na APS?	0	0	17 (100)
Você classifica seu conhecimento como adequado para desenvolver ações de Educação Popular em Saúde na APS?	4 (23,5)	3 (17,6)	10 (58,8)

Nota: Discorda= Discordo ou Discordo Totalmente; Concorda= Concordo Totalmente ou Concordo; Neutro= Nem concordo e nem discordo.

Legenda: APS= Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Autores.

Prática dos profissionais no cuidado às pessoas com dor crônica na APS

A Tabela 4 apresenta os resultados da dimensão “Prática” do inquérito CAP, incluindo a frequência de atendimentos, o uso de instrumentos de avaliação e monitoramento da dor, o acompanhamento longitudinal e a experiência dos profissionais na condução de grupos de autocuidado apoiado nos territórios. A maioria dos profissionais (70,6%) relataram atender usuários com queixa de dor crônica regularmente, seja semanal, quinzenal ou mensalmente; enquanto 29,4% informaram atender raramente ou não atender esse perfil.

Quanto ao uso de instrumentos formais de avaliação e monitoramento da dor, 88,2% dos participantes relataram não utilizar ferramentas específicas, sendo referido por apenas 11,8% o uso de escalas como a Escala Visual Analógica (EVA) ou a EAN.

No que se refere à experiência com grupos de autocuidado apoiado, menos da metade dos profissionais (47,1%) relataram já ter participado ou conduzido esse tipo de atividade. Apenas 29,4% informaram a existência de grupos estruturados no território de atuação, predominantemente voltados às pessoas com hipertensão e diabetes, como o Hiperdia. Semelhantemente, a experiência como mediador de grupos também se mostrou limitada, sendo relatada por 47,1% dos profissionais.

Tabela 4 - Distribuição das respostas sobre práticas profissionais no cuidado à dor crônica na APS, Recife-PE, Brasil, 2025.

QUESTÕES	CATEGORIA	N	%
----------	-----------	---	---

Com que frequência você atende usuários com queixa de dor crônica na APS?	Semanalmente	7	41,2
	Quinzenalmente	2	11,8
	Mensalmente	3	17,3
	Raramente	4	23,5
	Não atende	1	5,9
Você utiliza algum instrumento de avaliação e monitoramento da evolução clínica dos usuários com dor crônica?	Sim	2	11,8
	Não	15	88,2
Qual instrumento utilizado?	EVA	1	5,9
	EAN	1	5,9
	Não se aplica	15	88,2
Você consegue realizar o acompanhamento e monitoramento dos casos de dor crônica?	Sim	2	11,8
	Não	15	88,2
Você já vivenciou alguma experiência em grupo de autocuidado apoiado?	Sim	8	47,1
	Não	9	52,9
No seu território de atuação existe um grupo de autocuidado apoiado?	Sim	5	29,4
	Não	12	70,6
Qual público-alvo dos grupos existentes?	Hiperdia	4	23,5
	Hiperdia e Tabagismo	1	5,9
	Não se aplica	12	70,6
Você já participou como mediador em alguma experiência em grupo de autocuidado?	Sim	8	47,1
	Não	9	52,9

Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; EVA = Escala Visual Analógica; EAN = Escala Analógica Numérica; Hiperdia = Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do SUS, voltado para acompanhamento contínuo de pessoas com essas condições crônicas.

Fonte: Autores.

Análise de conteúdo das respostas abertas do CAP

Para complementar os dados quantitativos, foi realizada análise de conteúdo das respostas abertas do CAP, considerando a totalidade do instrumento. Essa abordagem permitiu explorar as motivações dos profissionais para participar da pesquisa, suas percepções sobre dor aguda e crônica, o entendimento sobre avaliação centrada na pessoa; além de identificar barreiras e facilitadores no acompanhamento de casos de dor crônica na APS. Assim, a análise qualitativa contribuiu para compreender a complexidade do cuidado, revelando nuances do conhecimento, atitudes e práticas que não são captadas apenas por perguntas fechadas.

A amostra utilizada foi de 17 profissionais, respeitando o critério de saturação dos dados. Todos os participantes justificaram o interesse em participar da pesquisa pela relevância da dor crônica no cotidiano da APS, reconhecendo-a como demanda frequente e desafiadora nos territórios, conforme expresso nas falas:

“A temática é importante, pois rotineiramente recebemos pacientes na unidade com queixa de dor”. (Profissional nº1)

“Gostaria de colaborar com a pesquisa, pois é importante para a melhora da qualidade

do SUS e para atuação própria”. (Profissional nº2)

Quanto à compreensão conceitual, 41,2% dos profissionais associaram a dor crônica ao tempo de duração da queixa, reconhecendo o critério temporal como elemento central. Porém, 29,4% apresentaram definições vagas, centradas na avaliação clínica e nos sintomas, sem explicitar esse critério, como ilustram as falas:

“Geralmente identifico a dor crônica através do depoimento do usuário e dos sintomas apresentados”. (Profissional nº3)

“Consigo definir a existência de dor crônica por meio da avaliação clínica e história do paciente”. (Profissional nº4)

A Avaliação Centrada na Pessoa foi compreendida por 41,2% da amostra com a consideração de fatores biopsicossociais e do contexto de vida dos usuários, bem como do protagonismo do sujeito no cuidado à sua saúde, conforme expresso abaixo:

“A avaliação Centrada na Pessoa identifica a situação de saúde do usuário de forma biopsicossocial, considerando o contexto onde o mesmo vive”. (Profissional nº3)

“É um tipo de avaliação cuja atenção é voltada para a pessoa nos seus vários contextos, social, econômico, psicológico e biológico”. (Profissional nº1)

Enquanto 29,4% destacaram uma avaliação direcionada às necessidades, desejos e objetivos individuais, ressaltando o protagonismo do sujeito no cuidado à sua saúde, como observado no relato seguinte:

“É a avaliação que coloca o indivíduo como o principal ator em relação à sua saúde. Ele é o protagonista do seu corpo, quando se conhece e entende os processos que vivencia”. (Profissional nº8).

Percentuais menores mencionaram uma visão ampliada do cuidado (11,8%) e a abordagem multiprofissional (5,8%); enquanto 11,8% dos participantes ainda associaram esse conceito a uma abordagem predominantemente clínica ou centrada na patologia.

No que se refere às barreiras para o acompanhamento da dor crônica na APS, foram identificadas sete categorias analíticas, considerando que os participantes puderam mencionar

mais de um fator limitante: 1. Falta de capacitação, educação permanente em saúde e/ou apoio matricial; 2. Barreiras estruturais e organizacionais, como espaço físico inadequado e/ou falta de materiais e de apoio da gestão; 3. Dificuldade de desenvolver o processo de trabalho interprofissional: vínculo frágil e dificuldade de corresponsabilidade entre a eSF e eMulti; 4. Sobrecarga de trabalho; 5. Desvalorização do acompanhamento clínico da dor crônica na APS; 6. Dificuldade de garantir o acesso à atenção especializada; 7. Falta de adesão dos usuários com relação aos grupos terapêuticos.

Barreiras - Categoria 1

A falta de capacitação, educação permanente em saúde e/ou apoio matricial foi a barreira mais frequentemente mencionada, indicada por 52,9% dos profissionais. As falas revelam a percepção de insuficiência formativa para lidar com a complexidade da dor crônica no contexto da APS, conforme o relato a seguir:

“Existe carência de treinamento e capacitação específica para as equipes de saúde”. (Profissional nº5).

Barreiras - Categoria 2

As barreiras estruturais e organizacionais foram mencionadas por 41,2% dos profissionais, destacando limitações relacionadas ao espaço físico inadequado, à falta de materiais e ao insuficiente apoio da gestão para o desenvolvimento de ações coletivas e grupos terapêuticos, conforme as falas a seguir:

“Não temos local para fazer os grupos terapêuticos, tentamos, mas infelizmente não conseguimos”. (Profissional nº6).

“A falta de apoio da gestão é uma barreira, seja por não fornecer cursos de educação continuada aos profissionais, quanto por não fornecer materiais para execução de grupos terapêuticos”. (Profissional nº1).

Barreiras - Categoria 3

A dificuldade de desenvolver o processo de trabalho interprofissional, marcada por vínculo frágil e pouca corresponsabilização entre a eSF e a eMulti, foi mencionada por 29,4% dos profissionais, conforme observado nas sentenças abaixo:

“As eSF não querem assumir grupos terapêuticos com essa temática”. (Profissional nº7).

“Precisa haver maior aproximação entre as equipes (eSF/eMulti). É uma barreira a ausência de reuniões entre a eSF e eMulti em algumas unidades”. (Profissional nº8).

Barreiras - Categoria 4

A sobrecarga de trabalho foi identificada por 23,5% dos profissionais como barreira significativa para o cuidado às pessoas com dor crônica na APS. Os relatos mencionam agendas saturadas e dificuldade de conciliar a demanda assistencial com o desenvolvimento de ações coletivas, expressas em enunciados como:

“A sobrecarga de trabalho pode ser considerada barreira para desenvolver grupos terapêuticos e ações coletivas”. (Profissional nº5).

“Temos alta demanda por atendimentos clínicos individuais e isso é uma barreira para o desenvolvimento de grupos”. (Profissional nº9).

Barreiras - Categorias 5, 6 e 7

As categorias de menor frequência nas respostas foram a desvalorização do acompanhamento clínico da dor crônica na APS (11,8%), a dificuldade de acesso à atenção especializada (11,8%) e a baixa adesão dos usuários aos grupos terapêuticos (5,8%), conforme explícito a seguir:

“Geralmente, as eSF não conseguem identificar a importância de acompanhar este público com dor crônica e nem demandam essa necessidade para avaliação e acompanhamento da eMulti”. (Profissional nº3).

“Observo ausência ou pouco apoio da atenção especializada nesses casos”. (Profissional nº9).

“Considero que a adesão dos usuários aos grupos terapêuticos não é satisfatória”. (Profissional nº10).

Além das barreiras, na análise de conteúdo foram identificadas cinco categorias consideradas os aspectos facilitadores para o acompanhamento de pessoas com dor crônica na APS, destacando que os participantes puderam mencionar mais de um fator potencial: 1. Presença da eMulti junto à eSF; 2. Disponibilidade de equipamentos sociais no território para

desenvolver ações intersetoriais em saúde; 3. Humanização da assistência no SUS - ambiência para atender as necessidades dos usuários com dor crônica e facilidade de acesso às consultas na USF; 4. Vínculo entre profissionais e usuários para acompanhamento clínico em diferentes modalidades: presencial e teleconsulta; 5. Qualificação profissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Facilitadores - Categoria 1

A presença da eMulti junto à eSF foi uma potencialidade mencionada por 29,4% dos profissionais, conforme o relato abaixo:

“A existência da eMulti na APS, com assistente social, farmacêutico, fono, psicólogo e fisioterapeuta, favorece o acompanhamento dos usuários”. (Profissional nº7).

Facilitadores - Categoria 2

A disponibilidade de equipamentos sociais no território também foi mencionada por 29,4% dos profissionais como facilitador para o acompanhamento de pessoas com dor crônica na APS. A fala a seguir destaca a presença de espaços comunitários e dispositivos territoriais:

“Temos vários equipamentos sociais na comunidade, Centro Comunitário da PAZ (COMPAZ), Academia da Cidade, entre outros, que são facilitadores para desenvolver atividades com grupos”. (Profissionais nº1).

Facilitadores - Categoria 3

A humanização da assistência foi expressa pela ambiência adequada e pela facilidade de acesso às consultas na USF em 23,5% dos profissionais como facilitador para o cuidado às pessoas com dor crônica na APS.

Facilitadores - Categorias 4 e 5

As categorias de menor frequência nas respostas foram o vínculo entre profissionais e usuários para acompanhamento clínico em diferentes modalidades (presencial e teleconsulta), com menções em 17,6% dos participantes; e a qualificação profissional em PICS (11,8%), conforme explícito nas falas a seguir:

“A implementação da teleconsulta na APS facilita o acesso do usuário ao atendimento

e acompanhamento clínico”. (Profissional nº16).

“Temos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na eSF e isso facilita a vinculação dos profissionais aos pacientes”. (Profissional nº16).

“Na APS, há profissionais habilitados com PICS e isso pode contribuir para o acompanhamento desses casos de dor crônica”. (Profissional nº17).

Proposta de EPS para os profissionais da APS

A etapa formativa em EPS, prevista no projeto aprovado pelo CEP, não foi realizada devido à falta de adesão dos profissionais participantes. Contudo, diante da relevância dessa abordagem educativa, o planejamento das oficinas relativas ao tema estudado será disponibilizado como material suplementar, podendo subsidiar processos formativos em contextos semelhantes (Quadro 1).

Quadro 1- Planejamento de oficinas temáticas para EPS de profissionais na APS, Recife-PE, Brasil, 2025.

TEMA	METODOLOGIAS ATIVAS
<p>OFICINA 1 – reunião presencial: Barreiras e Facilitadores do CAP no processo de trabalho com grupos terapêuticos, voltados a pessoas com dores crônicas na APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Barreiras (análise de conteúdo segundo Bardín, categorias temáticas). ● Facilitadores (análise de conteúdo segundo Bardín, categorias temáticas). 	<p>As barreiras no processo de trabalho serão abordadas utilizando-se a Tempestade Cerebral, que estimula a geração de ideias de forma espontânea, a partir de perguntas norteadoras feitas pelas facilitadoras aos participantes acerca da problemática em questão.²²</p> <p>Os facilitadores serão compartilhados na oficina por meio do método Roda de Conversa, que serve para alimentar as trocas, mediar a aprendizagem recíproca e associar as competências dos participantes.²³</p>
<p>OFICINA 2 – reunião presencial: Trabalho com grupos na APS e sugestão de alguns instrumentos para avaliação e monitoramento de pessoas com dor crônica na APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trabalho com grupos na APS: pontos importantes a serem considerados para implantação e desenvolvimento de grupos de autocuidado apoiado. ● Escala Visual Numérica. ● Escala Visual Analógica. ● Inventário Breve da Dor. ● Índice de Oswestry 2.0 de Incapacidade. 	<p>Aula expositiva, dialogada e estudos de casos clínicos trazidos de outras experiências das pesquisadoras no desenvolvimento de grupos de autocuidado apoiado para pessoas com dores crônicas na APS.²²</p>

OFICINA 3 – reunião presencial:

Fatores biopsicossociais envolvidos no processo de dor crônica, apresentação e exploração do *site* Pesquisa em Dor.¹⁸

- Expor e dialogar sobre os fatores biopsicossociais envolvidos no processo de dor crônica a partir da ferramenta “Caminho da Recuperação” disponível no *site* Pesquisa em Dor.
- Apresentar e explorar as outras ferramentas disponíveis no *site*, que são relacionadas à dor crônica, voltadas tanto para área dos profissionais de saúde, quanto para área dos pacientes; podendo servir de roteiro no planejamento e desenvolvimento do grupo de autocuidado apoiado na APS.

A abordagem dos fatores biopsicossociais envolvidos no processo de dor crônica será tema da terceira e última oficina, que deverá ser discutida a partir da exposição e exploração prática do “Caminho da Recuperação”, disponível no site de domínio público www.pesquisaemdor.com.br.¹⁹

Demais ferramentas do *site* serão apresentadas e exploradas a partir de uma atividade prática, com uso de computadores e *internet*, em uma sala de informática.

Fonte: Autoras.

Legenda: EPS= Educação Permanente em Saúde; APS= Atenção Primária à Saúde; CAP= Conhecimento, Atitude e Prática.

Discussão

Conhecimento profissional em dor crônica: lacunas conceituais e instrumentais na APS

Os resultados evidenciam fragilidades importantes no conhecimento dos profissionais acerca da dor crônica, especialmente no que se refere à formação específica, ao domínio conceitual e ao uso de instrumentos de avaliação. Esse achado converge com estudos que apontam a insuficiência da abordagem da dor crônica nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde, bem como a baixa oferta de processos sistemáticos de educação permanente nos serviços, comprometendo a qualificação do cuidado longitudinal^{11,24,25}.

A limitada aproximação com referências institucionais e científicas, como a IASP²⁰, a SBED¹⁸ e plataformas de difusão do conhecimento em dor, como o PED¹⁹, não expressa apenas lacunas técnico-científicas, mas também dificuldades na incorporação de práticas educativas participativas, fundamentais para o trabalho com grupos, a corresponsabilização no cuidado e a promoção da integralidade e da longitudinalidade no manejo da dor crônica na APS^{6,26}. Contribuindo, portanto, para práticas centradas na queixa algica imediata, em detrimento de uma abordagem ampliada, centrada na pessoa e orientada pela funcionalidade^{2,18,27}.

Embora a maioria dos profissionais tenha referido conhecer escalas de mensuração da intensidade da dor, especialmente a EAN e EVA, observou-se baixa utilização sistemática dessas ferramentas na prática clínica; além de lacunas importantes no conhecimento e na incorporação de instrumentos multidimensionais de avaliação da dor e da funcionalidade, como

Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory* – BPI) e o Índice de Incapacidade de Oswestry²⁸.

Esse achado é relevante diante da elevada prevalência da dor crônica e seus impactos funcionais, sociais e econômicos na APS^{11,19}. A não utilização de instrumentos simples, de baixo custo e amplamente recomendados compromete o monitoramento longitudinal e a avaliação da resposta às intervenções, distanciando-se das recomendações nacionais e internacionais^{2,11,19,27}. Assim como, a lacuna de conhecimento e utilização dos instrumentos multidimensionais, compromete a consolidação de uma abordagem biopsicossocial consistente e do acompanhamento longitudinal dos casos na APS^{2,5,11,12,27,29,30}.

No plano conceitual, ainda que parte dos profissionais tenha afirmado saber identificar e diferenciar dor aguda e dor crônica, a análise qualitativa evidencia heterogeneidade e imprecisão nessas compreensões, com destaque para respostas concentradas apenas no critério temporal em parcela significativa dos participantes. Além disso, não houve menções com o reconhecimento de mecanismos fisiopatológicos da dor crônica (nociceptiva, neuropática e nociplástica), conforme amplamente descrito pela literatura^{2,4,27}.

Essa limitação conceitual revelada pode ter implicações diretas no cuidado, uma vez que a correta diferenciação dos tipos de dor crônica é fundamental para o planejamento terapêutico, definição de estratégias de manejo e encaminhamentos adequados^{11,12}. Reforça-se, portanto, a importância de processos formativos críticos e contextualizados.

Atitudes favoráveis e o paradoxo da não operacionalização do cuidado integral

Na dimensão Atitude, os resultados revelam um cenário ambíguo. Por um lado, predomina o reconhecimento da dor crônica como problema de saúde pública, bem como a valorização de abordagens centradas na pessoa, da comunicação empática e da consideração de fatores biopsicossociais no cuidado. No plano discursivo, esses achados indicam incorporar elementos centrais do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), conforme proposto por referenciais locais^{31,32}. Por outro, observa-se elevada frequência de respostas neutras ou discordantes em itens que demandam maior segurança conceitual e operacionalização prática desses princípios.

O paradoxo, atitudes favoráveis coexistindo com práticas frágeis, é descrito na literatura como um dos principais desafios da APS no manejo das condições crônicas, incluindo a dor^{11,25}. A adesão discursiva a modelos ampliados de cuidado não garante, por si só, a incorporação de práticas estruturadas no cotidiano do trabalho, especialmente quando os profissionais não dispõem de suporte institucional, ferramentas clínicas e a priorização de tempo e espaços coletivos de reflexão sobre a prática. À luz dos achados deste estudo, a

ausência de processos sistemáticos de EPS emerge como elemento central para compreender as dificuldades de apropriação crítica e aplicação concreta dos princípios do cuidado centrado na pessoa.

No que se refere à capacidade da APS para acompanhar casos de dor crônica, a dispersão das respostas indica tensões entre o reconhecimento normativo desse nível de atenção como coordenador do cuidado e as condições concretas percebidas pelos profissionais para sustentar esse acompanhamento. Limitações relacionadas ao espaço físico, à falta de materiais, apoio insuficiente da gestão e sobrecarga de trabalho também se apresentaram como barreiras centrais. Esses achados dialogam com estudos que apontam a persistência de uma lógica fragmentada e especializada no cuidado à dor, mesmo no âmbito da APS, contribuindo para encaminhamentos excessivos ao nível secundário e para a descontinuidade do cuidado^{25,27,33}.

A literatura e os documentos normativos reforçam que o cuidado à dor crônica ultrapassa o atendimento clínico individual, exigindo ambientes adequados, recursos mínimos e organização do processo de trabalho que favoreça ações coletivas, educativas e de reabilitação, com atuação multiprofissional integrada na APS^{7,29}. Há o destaque também para a importância da articulação da APS com dispositivos territoriais estratégicos, como: Programa Academia da Saúde, Programa Academia da Cidade (PAC), as eMulti, as PICS e o Programa Saúde na Escola^{7,29}. No entanto, observa-se que esses recursos nem sempre são incorporados ao processo de trabalho, revelando que a percepção de barreiras estruturais convive com subutilização de equipamentos sociais potentes já existentes no território, reforçando limites organizacionais e de articulação intersetorial.

Educação Permanente, Educação Popular e trabalho com grupos: um nó crítico no processo de trabalho

A baixa proporção de profissionais com formação específica para o trabalho com grupos na APS e o desconhecimento expressivo da PNEPS-SUS revelam fragilidades estruturais na sustentação de práticas educativas críticas, participativas e territorializadas. Embora mais da metade dos participantes reconheça a relevância dos grupos terapêuticos e das estratégias coletivas no cuidado às pessoas com dores crônicas, em consonância com diretrizes da Atenção Básica que destacam as ações coletivas como dispositivos centrais para o autocuidado apoiado, a educação em saúde e o fortalecimento de vínculos^{6,33}; a ausência de capacitação e de experiências formativas consistentes limita a operacionalização dessas ações no cotidiano dos serviços³³.

Além disso, embora existam experiências pontuais com grupos, como o Hiperdia,

observa-se que esse trabalho permanece restrito, pouco diversificado e pouco sistematizado; indicando que sua incorporação como estratégia estruturante do cuidado exige organização do processo de trabalho, integração interprofissional e respaldo institucional^{4,11,12}.

A PNEPS-SUS propõe princípios como diálogo, problematização da realidade, valorização dos saberes populares e construção coletiva do conhecimento, fundamentais para o manejo de condições crônicas complexas, como a dor. A fragilidade na apropriação desses referenciais compromete a potência dos grupos como espaços de produção de autonomia, corresponsabilização e apoio ao autocuidado, reduzindo-os, quando existentes, a práticas prescritivas ou pontuais^{6,33}. Estudos apontam que a Educação Popular em Saúde, ancorada em referenciais freireanos, contribui para práticas mais dialógicas, afetivas e equitativas, especialmente no cuidado às condições crônicas^{8,6,26}.

Nesse sentido, a Educação Permanente emerge como elemento central para enfrentar as lacunas identificadas, ao possibilitar processos formativos ancorados nos problemas reais do trabalho, na reflexão crítica das práticas e na construção coletiva de soluções. A ausência de EPS estruturada, evidenciada tanto nos dados quantitativos quanto nas narrativas dos profissionais, configura-se como um dos principais nós críticos para a qualificação do cuidado às pessoas com dor crônica na APS.

Processo de trabalho, interprofissionalidade e apoio matricial no cuidado à dor crônica

As barreiras relacionadas ao processo de trabalho, como: sobrecarga assistencial, fragilidades na articulação entre eSF e eMulti, ausência de apoio matricial sistemático e limitações estruturais; revelam desafios históricos da APS brasileira. A dificuldade de corresponsabilização entre as equipes e a baixa institucionalização de espaços de planejamento e discussão coletiva fragilizam a construção de projetos terapêuticos compartilhados, especialmente para demandas complexas e persistentes como a dor crônica¹¹.

Estudos apontam a manutenção de práticas fragmentadas na atenção à saúde, agendas pouco integradas e centralidade do atendimento individual na APS, o que compromete a consolidação do apoio matricial e da clínica ampliada^{25,34}. Além disso, embora a presença da eMulti seja reconhecida como potencialidade, sua inserção nem sempre se traduz em práticas interprofissionais efetivas. Nesse sentido, fortalecer o apoio matricial como dispositivo pedagógico-assistencial é fundamental para promover trocas de saberes, ampliar a clínica e qualificar o cuidado para além da lógica de encaminhamentos pontuais^{27,31,32,35,36}.

Ressalta-se que uma parcela expressiva dos participantes possui formação em programas de residência em Saúde da Família, reconhecidos como eixo estruturante da Política

Nacional de Residências em Saúde (PNRS) e da formação especializada no SUS^{37,38}. Orientada na educação pelo trabalho, integração ensino-serviço-comunidade e interprofissionalidade, as residências mostram-se uma estratégia potente para a qualificação do cuidado, ao favorecer processos formativos integrados ao serviço e ao território^{37,38}.

Contudo, a presença de profissionais egressos desses programas não garante a consolidação de práticas colaborativas, apontando condicionantes institucionais e organizacionais que limitam a operacionalização dos princípios formativos no cotidiano dos serviços, e também a necessidade de maior protagonismo profissional na reorganização do seu processo de trabalho.

A centralidade nas demandas espontâneas, ainda que atravessada por sobrecarga, sinaliza a necessidade de reflexão contínua sobre planejamento e monitoramento do cuidado às pessoas com dor crônica, reconhecida como demanda recorrente no território. A predominância de atendimento individual diante de perfis repetidos de adoecimento indica desafios não apenas estruturais, mas relacionados à organização do processo de trabalho das equipes. Destaca-se a importância da articulação entre profissionais e gestão, pois a qualificação do cuidado na APS depende tanto de condições institucionais favoráveis quanto do investimento na construção compartilhada de práticas interprofissionais, normativamente reconhecidas como atribuições comuns na APS^{37,38,39}.

A superação da lógica centrada predominantemente nas demandas imediatas requer o fortalecimento do apoio matricial, da clínica ampliada e da corresponsabilização entre equipes e usuários, reafirmando os princípios do cuidado integral e longitudinal.

Potencialidades territoriais e caminhos para o fortalecimento do cuidado

Apesar das fragilidades identificadas, os resultados revelam potencialidades no território e no processo de trabalho, como a presença da eMulti junto às eSF, a existência de equipamentos sociais no território, a ambiência da USF, o vínculo entre profissionais e usuários, o uso de teleconsulta e a qualificação de alguns profissionais em PICS. Esses elementos configuram um conjunto de recursos alinhados às diretrizes nacionais e locais da APS e apontam possibilidades concretas para a construção de estratégias de cuidado mais integrais e resolutivas para pessoas com dor crônica^{7,27,31,32,34,37,38,39}.

A existência formal das diferentes equipes constitui uma base estrutural para a interprofissionalidade, entendida como interação intencional, comunicação sistemática, objetivos comuns e corresponsabilização no cuidado;^{36,40,41,42} ao ampliar saberes disponíveis no território para favorecer abordagens integradas nas condições complexas e persistentes,

como a dor crônica^{27,31,32,35,36,43}.

Destaca-se ainda a valorização do território como espaço ampliado de cuidado. A integração intencional dos dispositivos identificados no processo de trabalho das equipes, por meio de pactuação de fluxos, planejamento compartilhado e acompanhamento longitudinal, pode ampliar a resolutividade da APS e fortalecer a interprofissionalidade para além dos limites físicos da USF^{25,35}; favorecendo ações intersetoriais, coletivas e não farmacológicas no manejo da dor crônica^{7,25,28,31,40}.

A ambiência das unidades, o acesso oportuno às consultas, o vínculo estabelecido e a flexibilidade das modalidades de cuidado, incluindo teleconsulta e telemonitoramento, configuram-se como elementos potentes para a longitudinalidade e corresponsabilização no cuidado^{7,27,31,33}. A literatura aponta que esses dispositivos devem ser articulados à clínica ampliada e compartilhada, à construção conjunta de planos de cuidado e ao uso qualificado das tecnologias de telessaúde, de modo coerente com os processos de trabalho das equipes e com as necessidades dos usuários^{3,4,31,32,43,44}.

A qualificação em PICS, embora mencionada por menor número de participantes, representa uma oportunidade estratégica para ampliar o repertório terapêutico das equipes e fortalecer abordagens não farmacológicas no manejo da dor crônica^{7,27,45}. Quando incorporadas integralmente ao cuidado, as PICS podem contribuir para práticas mais humanizadas, centradas na pessoa e alinhadas aos princípios da integralidade e da interprofissionalidade^{3,31,33,43,45}.

A articulação entre essas potencialidades e processos estruturados de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde mostra-se fundamental para ampliar práticas coletivas, interprofissionais e centradas na pessoa. Nesse sentido, o fortalecimento da interprofissionalidade no cuidado à dor crônica na APS requer a ativação intencional dos recursos já existentes, a organização do processo de trabalho e o investimento contínuo em estratégias formativas, reafirmando a APS como espaço privilegiado de coordenação do cuidado e enfrentamento das condições crônicas^{7,27,32,36,42}.

Os resultados devem ser interpretados à luz das limitações do estudo. Destaca-se o paradoxo metodológico observado, no qual, apesar da ausência de capacitação ter sido apontada como barreira relevante, não houve adesão dos profissionais à etapa de EPS inicialmente proposta, restringindo-se a participação ao preenchimento do instrumento CAP. Soma-se a isso, a possível ambiguidade de algumas questões abertas do instrumento, especialmente aquelas referentes à diferenciação entre dor aguda e crônica, o que pode ter influenciado respostas semelhantes e revelado tanto lacunas conceituais quanto limites do próprio instrumento.

Considerações Finais

Os achados deste estudo evidenciam que, embora a dor crônica seja reconhecida pelos profissionais como demanda relevante na APS, seu manejo ainda ocorre sob forte influência de práticas centradas no cuidado individual. Observou-se um cenário marcado por conhecimento moderado, atitudes positivas e práticas frágeis, com limitações na avaliação clínica, no acompanhamento longitudinal e na incorporação de estratégias coletivas e interprofissionais. Tal cenário expressa tensões entre o arcabouço normativo do SUS e a realidade dos serviços, atravessada por sobrecarga de trabalho, fragilidades organizacionais e insuficiente institucionalização da educação permanente como eixo estruturante do processo de trabalho.

Identificaram-se potencialidades no âmbito da APS, como a atuação da eMulti, o vínculo profissional–usuário, os dispositivos territoriais, as PICS e o uso de tecnologias de telessaúde, que podem contribuir para a qualificação do cuidado às pessoas com dor crônica. No entanto, a efetividade desses dispositivos depende de condições institucionais que favoreçam o apoio matricial, a corresponsabilização entre as equipes e a reorganização do processo de trabalho, reafirmando a APS como coordenadora do cuidado e espaço privilegiado para o manejo das condições crônicas no SUS.

Adicionalmente, os achados não são passíveis de generalização, uma vez que o estudo envolveu duas eSF e uma eMulti de um único Distrito Sanitário do Recife, contexto marcado por especificidades organizacionais e territoriais. Ainda assim, os resultados oferecem subsídios relevantes para a reflexão crítica sobre o cuidado à dor crônica na APS, ao evidenciar desafios estruturais e formativos que tensionam a consolidação de práticas mais integrais, equitativas e coerentes com os princípios ético-políticos do SUS.

Nesse sentido, o estudo contribui ao disponibilizar o planejamento das oficinas de EPS como produto formativo, oferecendo referencial teórico-prático que pode subsidiar processos de qualificação do cuidado à dor crônica na APS em contextos semelhantes. Contudo, sugerem-se novas pesquisas que aprofundem a temática, com foco na articulação entre formação profissional e práticas de cuidado, considerando que a literatura sobre capacitação, implementação e avaliação de processos educativos neste contexto ainda é escassa e pode ampliar o entendimento sobre formas eficazes de qualificação do cuidado longitudinal.

Referências

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. DeSantana JM, Perissinotti DM, Oliveira Júnior JO, Correia LM, Oliveira CM, Fonseca PR. Definição de dor revisada após quatro décadas. *BrJP*. 2020;3(3):197-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.
3. Ziegler FGG, Cabrera MAS. A utilização de tratamentos não farmacológicos para idosos com dor crônica musculoesquelética na atenção primária à saúde. Ponta Grossa: Aya Editora; 2021. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/09/FLAVIA-G.-G.-ZIEGLER.pdf>.
4. Kanematsu JS, Atanazio B, Cunha BF, Caetano LP, Arada DMY. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Rev Med (São Paulo)*. 2022;101(3):e-192586. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>.
5. Freitas REJ, Freitas CCBM, Freitas AVS, Filgueira ES, Bento LBP. Instrumentos de avaliação da dor e qualidade de vida na população idosa. *Rev Contemporânea*. 2024;4(1):2656-65. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-149>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas em reabilitação na Atenção Básica: o olhar para a funcionalidade na interação com o território. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf.
8. Carvalho MR, Sá ANP, Morais JD, Gomes AC, Farias DN, Lima LMM. Atuação da fisioterapia em grupo operativo na Atenção Básica: relato de experiência. *Rev Educ Popular*. 2020;(esp):144-59. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REP-2020-52782>.
9. Eliezer ICG, Ferraz SBS, Silva AO. Atribuições do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. *Rev Cient Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2021;6(12):105-27. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/atribuicoes-do-fisioterapeuta>.
10. Alves NS, Portela ERM, Gonçalves FS, Guimarães TS, Alencar AJF, Mendes ES, et al. Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma revisão integrativa. *Rev CPAQV*. 2020;12(1):2. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n1-28>.
11. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Ferreira EMR, Pinto RZ, Pereira CA. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:e220032. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220032.2>.

12. Mota PHS, Lima TA, Berach FR, Schmitt ACB. Impacto da dor musculoesquelética na incapacidade funcional. *Fisioter Pesqui*. 2020;27(1):85-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19006327012020>.
13. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) study. *Community Ophthalmology*. 2004;4(1):7-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285908075_Guideline_for_conducting_a_knowledge_attitude_and_practice_KAP_study.
14. Oliveira MLC, Gomes LO, Silva HS, Chariglione IPFS. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. *Rev Educ Saúde*. 2020;8(1):190-8. Disponível em: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2020v8i1.p190-198>.
15. Oliveira SV, Limongi JE. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde: um método epidemiológico preliminar nas abordagens de comunicação em saúde. *J Health NPEPS*. 2020;5(1):14-19. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4530>.
16. Moreira A, Sá P, Costa AP. Reflexões em torno de metodologias de investigação: métodos. Aveiro: Editora UA; 2021. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:ria.ua.pt:10773/30770>.
17. Costa Neto EC, Moreno MC, Oliveira TE. Transparência e qualidade em pesquisa qualitativa: aplicação da grounded theory em administração e negócios. *Rev ADMPG*. 2023;13:e2321170. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Admpg.v.13.21170.005>.
18. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Nossa história [Internet]. 2026 [citado 2026 jan 25]. Disponível em: https://www.sbed.org/materias.php?cd_secao=25.
19. Pesquisa em Dor. Nossa missão [Internet]. 2026 [citado 2026 jan 25]. Disponível em: https://pesquisaemdor.com.br/?page_id=1152.
20. International Association for the Study of Pain. História e linha do tempo [Internet]. 2026 [citado 2026 jan 25]. Disponível em: https://www.iasp-pain.org/50_year_history/.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Al-Omary H, Soltani A, Stewart D, et al. Implementing learning into practice from continuous professional development activities: a scoping review of health professionals' views and experiences. *BMC Med Educ*. 2024;24:1031. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06016-7>.
23. Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, Corrêa JA. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Rev Pesqui Cuidado Fundam (Online)*. 2018;10(2):379-84. Disponível em: <https://www.index-f.com/pesquisa/2018/102379.php>.
24. Pozza D. Desigualdades globais no tratamento da dor: como investigações futuras podem melhorar a abordagem. IASP Global Year. 2022. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/01/Portuguese-Global-inequities-in-pain-research-and-treatment-how-can-we-address-this-better-in-the-future-FINAL.pdf>.

25. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, Ribeiro KSQS, Baduy RS, González AD. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Mov*. 2021;34:e34109. <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34109>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>.
28. Miranda R, Neves N. Avaliação da dor crônica: instrumentos multidimensionais, aplicabilidade e praticabilidade. *Portuguese Journal of Family Medicine and General Practice*. 2024;40(5):488–97. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i5.13966>.
29. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index. *Spine*. 2007;32(4):481-6. DOI: 10.1097/01.brs.0000255075.11496.47.
30. Aguiar DP, Souza CPQ, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira AS. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*. 2021;4(3):257-67. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>.
31. Recife. Secretaria de Saúde. Bases para implantação do modelo de atenção às condições crônicas (MACC) [Internet]. Recife; 2024 [citado 2026 jan 27]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1qGDRvIFrFL9_K7ucsoexcD8XyTHLYMhn/view.
32. Recife. Secretaria de Saúde. Modelo de Atenção à Saúde para a Atenção Básica [Internet]. Recife; 2024 [citado 2026 jan 27]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/10FuZsiY9KnjyoJnjdzUYvykq9pCQpLc/view>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf.
34. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab educ saúde*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
35. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, et al. Continuous quality improvement in health systems: an exploratory review. *BMC Health Serv Res*. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

37. Recife. Secretaria de Saúde. Plano de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) [Internet]. Recife; 2024 [citado 2026 jan 27]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1NJ1nB8r9VIm0cTc2G4i8xZ2AtScZPOQ4/view>.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995, de 28 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Residências em Saúde - PNRS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília; 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-ms/mec-n-8.995-de-28-de-novembro-de-2025-672007632>.

39. Recife. Secretaria de Saúde. Carteira de serviços da Atenção Básica [Internet]. Recife; 2024 [citado 2026 jan 27]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1hcPuamipDyBdHQqm2YSt9jtNfwz7ebdo/view?usp=sharing>.

40. Anjos ACB, Barbosa AAZ, Silva AO, Cunha APS, Silva CH, Rolim IAA, et al. Interprofissionalismo e suas percepções: um estudo com participantes do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde. Res Soc Dev. 2021;10(3):e5610313015. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13015>.

41. Ely LI, Toassi RFC. Atividade de ensino integradora dos currículos na graduação em saúde. Série Vivências em Educação na Saúde. Rede Unida; 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183996/001066750.pdf?se->.

42. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

44. Amarante KK, Alvarez AGA, Malfussi LBH, Marques JLB, Barra DCC, Dalcól CX. Teleconsulta na Atenção Primária à Saúde. Cogitare Enferm. 2025;30:e100895pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.100895pt>.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

Contribuições dos Autores

Maria Simone Gomes de Lima (Concepção, delineamento do trabalho e participação em todas as etapas, incluindo a discussão dos resultados; redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito)

Pedro Carlos Silva de Aquino (Participação da revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito)

Caroline Guimarães Damascena (Participação da concepção e delineamento do trabalho, da revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito)

Juliana Fernandes Souza Barbosa (Participação da análise dos resultados, da revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito)

Dinalva Lacerda Cabral (Concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito)

Conflitos de Interesse

Todos os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Declaração de disponibilidade de dados

Os autores declaram disponibilizar os dados da pesquisa.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.