



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

EDSON JOSÉ BARROS DE MEDEIROS JÚNIOR

**ASPECTOS EMOCIONAIS, COGNITIVOS E A PRÁTICA DOS  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MANEJO DA DOR  
PERSISTENTE: ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO**

Recife

2023

EDSON JOSÉ BARROS DE MEDEIROS JÚNIOR

**ASPECTOS EMOCIONAIS, COGNITIVOS E A PRÁTICA DOS  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MANEJO DA DOR  
PERSISTENTE: ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia na atenção à saúde. Linha de pesquisa: Avaliação e intervenção nas condições neuromusculoesqueléticas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Débora Wanderley Villela

Coorientador: Prof. Dr. Diego de Sousa Dantas

Recife

2023



EDSON JOSÉ BARROS DE MEDEIROS JÚNIOR

**“ASPECTOS EMOCIONAIS, COGNITIVOS E A PRÁTICA DOS  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MANEJO DA DOR  
PERSISTENTE: ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia na atenção à saúde. Linha de pesquisa: Avaliação e intervenção nas condições neuromusculoesqueléticas.

Aprovado em: 18/12/2023

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. GISELA ROCHA DE SIQUEIRA – FISIOTERAPEUTA/UFPE  
(EXAMINADOR INTERNO)**

---

**PROF. DR. ALEXSANDRO SILVA COURA – ENFERMEIRO/UEPB  
(EXAMINADOR EXTERNO)**

---

**PROF<sup>A</sup>. DR<sup>A</sup> PALLOMA RODRIGUES DE ANDRADE  
FISIOTERAPEUTA/UFPB  
(EXAMINADOR EXTERNO)**

À minha filha, Sara, por me inspirar em cada momento.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela sua bondade e graça, por ter me concedido saúde e determinação para realização deste trabalho.

À minha esposa, Lara, pelas suas palavras de amor, carinho e encorajamento. Suas palavras me incentivaram nos momentos mais difíceis e foram de extrema importância no prosseguir.

Aos meus pais, Lourdes e Edson, a minha irmã Mariana, a minha sogra Maria e demais familiares pelo incentivo, orações e torcida, que sem dúvida contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pelas conversas, apoio, parcerias e risadas. O incentivo demonstrado por vocês ao longo de todo esse período tornou a caminhada mais leve.

Aos orientadores Débora Wanderley e Diego Dantas, pela paciência, cuidado, atenção e carinho dispensados. Suas correções e ensinamentos me permitiram apresentar um melhor desempenho na minha formação profissional ao longo desses dois anos.

Às colegas de turma do PPG, por compartilhar conhecimento e experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como profissional.

Aos profissionais do Município do Paulista, pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa mesmo diante de uma rotina pesada e corrida de atendimentos.

Ao Município do Paulista, por permitir que a pesquisa fosse desenvolvida em suas unidades e serviços de saúde.

## RESUMO

A dor persistente é aquela de natureza complexa e curso clínico particular que se perpetua por um período superior a três meses. Altamente incapacitante, ela acarreta a redução da produtividade e salários. Ademais, a dor persistente se configura como um dos maiores motivos de procura aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar do impacto representado, os profissionais que atuam na APS nem sempre realizam práticas adequadas para o manejo da dor. Além disso, aspectos emocionais e cognitivos desses profissionais, tais como percepções, crenças e atitudes disfuncionais sobre dor e catastrofização, podem interferir na abordagem ao usuário e prejudicar a condução do tratamento da dor persistente. Diante do exposto, a presente dissertação teve dois objetivos: 1. Observar a relação entre a percepção e a prática dos profissionais de saúde que atuam na APS do Município do Paulista com a forma de manejo do usuário com dor persistente; 2. Identificar os principais fatores que influenciam o grau da catastrofização em profissionais atuantes no manejo da dor persistente na APS do Município do Paulista. Para isso, foi realizado um estudo transversal quali-quantitativo, no período de outubro de 2022 a outubro de 2023, com profissionais de saúde de nível superior atuantes na APS no Município do Paulista. A coleta de dados do estudo qualitativo se deu mediante entrevista na qual os participantes falaram livremente sobre suas experiências no manejo da dor e sobre as influências das crenças e do conhecimento sobre dor no cuidado de usuários da APS. As respostas obtidas foram gravadas e as falas transcritas e analisadas através da Classificação Hierárquica Descendente e Análise de Similitude por meio do software IRAMUTEQ. A análise das falas gerou cinco classes de palavras segundo o arcabouço teórico da dor e a percepção dos profissionais da APS. Para o estudo quantitativo, os profissionais foram avaliados quanto ao nível de conhecimento sobre dor (Questionário de Neurofisiologia da Dor – QND), as crenças e atitudes sobre dor (Inventário de Atitudes Frente à Dor – Profissionais – IAD-profissionais) e a presença de catastrofização (*Pain Catastrophizing Scale* – B-PCS), além de um formulário para caracterização da amostra. Os dados foram analisados por meio de uma regressão linear simples. O estudo qualitativo incluiu 60 profissionais (78,3% mulheres), cuja média de idade foi de  $37,72 \pm 9,18$  anos. Os profissionais da APS tentam ser resolutivos, mesmo diante da descontinuidade das ações e serviços. As crenças e atitudes parecem influenciar no manejo da dor persistente. A amostra do estudo quantitativo incluiu 99 profissionais (76,8% mulheres), com média de idade de  $37,04 \pm 8,64$  anos. A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo [ $p=0,01$ ;  $R^2=0,16$ ], no qual o grau da catastrofização foi influenciada pela categoria profissional e pelo

domínio solicitude do IAD-Profissional. A categoria profissional de enfermagem apresentou uma maior chance de impactar o escore de catastrofização ( $B=6,9$ ;  $t=2,01$ ;  $p=0,04$ ). Os resultados da presente dissertação apontam que a percepção e as práticas dos profissionais da APS avaliados podem influenciar o manejo da dor persistente. Além disso a ocupação e crença no cuidar do outro com dor interferem em aspectos que repercutem no manejo da dor persistente dos usuários atendidos.

**Palavras-chaves:** dor crônica; neurofisiologia; manejo da dor; atenção primária à saúde; profissionais de saúde.

## ABSTRACT

Chronic pain is pain of a complex nature and a particular clinical course that persists for a period of more than three months. Highly disabling, it leads to a reduction in productivity and wages. Furthermore, chronic pain is one of the biggest reasons for seeking Primary Health Care (PHC) services. Despite the impact represented, professionals working in PHC do not always carry out appropriate practices for pain management. Furthermore, emotional and cognitive aspects of these professionals, such as dysfunctional perceptions, beliefs and attitudes about pain and catastrophe, can interfere with the approach to the user and harm the treatment of chronic pain. In view of the above, this dissertation had two objectives: 1. To observe the relationship between the perception and practice of health professionals who work in PHC in the Municipality of Paulista with the way of managing users with persistent pain; 2. Identify the main factors that influence the degree of catastrophizing in professionals working in the management of persistent pain in PHC in the Municipality of Paulista. To this end, a qualitative-quantitative cross-sectional study was carried out, from October 2022 to October 2023, with higher education health professionals working in PHC in the Municipality of Paulista. Data collection for the qualitative study took place through interviews, in which participants spoke freely about their experiences in managing pain and about the influences of beliefs and knowledge about pain in the care of PHC users. The responses obtained were recorded, and the speeches were transcribed and analyzed using Descending Hierarchical Classification and Similarity Analysis using the IRAMUTEQ software. The analysis of the statements generated five classes of words according to the theoretical framework of pain and the perception of PHC professionals. For the quantitative study, professionals were assessed regarding their level of knowledge about pain (Neurophysiology Pain Questionnaire – NPQ), beliefs and attitudes about pain (Survey of Pain Attitudes-Professionals - PAP-professionals) and the presence of catastrophizing (Pain Catastrophizing Scale – B-PCS), in addition to a form for sample characterization. The data were analyzed using a simple linear regression. The qualitative study included 60 professionals (78.3% women), whose average age was  $37.72 \pm 9.18$  years. PHC professionals try to be decisive, even in the face of discontinuity of actions and services. Beliefs and attitudes seem to influence the management of chronic pain. The quantitative study sample included 99 professionals (76.8% women), with a mean age of  $37.04 \pm 8.64$  years. The analysis resulted in a statistically significant model [( $p=0.01$ ;  $R^2=0.16$ )], in which the degree of catastrophizing was influenced by the professional category and the domain "solicitude" of the PAP-professionals. The nursing professional category was

more likely to have a higher catastrophizing score ( $B=6.9$ ;  $t=2.01$ ;  $p=0.04$ ). The results of this dissertation indicate that the perception and practices of the evaluated PHC professionals can influence the management of chronic pain. Furthermore, occupation and belief in caring for others in pain interfere with aspects that impact the management of chronic pain in the users receiving care.

**Keywords:** chronic pain; neurophysiology; pain management; primary health care; health personnel.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
2.1	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1.1	Breve definição atual sobre dor.....	15
2.1.2	Fatores biopsicossociais envolvidos na dor.....	16
2.1.3	O conhecimento e atitude do profissional de saúde frente à dor persistente.....	17
2.1.4	Manejo, atitudes e crenças sobre dor persistente.....	18
2.1.5	Atuação dos profissionais da atenção primária aos pacientes com dor persistente.. .....	20
<b>3</b>	<b>ESTUDO QUALITATIVO.....</b>	<b>22</b>
3.1	HIPÓTESE.....	22
3.2	OBJETIVOS.....	22
3.2.1	Objetivo Geral.....	22
3.2.2	Objetivos Específicos.....	22
3.3	MÉTODOS.....	22
3.3.1	Desenho do estudo.....	22
3.3.2	Local do estudo.....	22
3.3.3	Período de coleta de dados.....	22
3.3.4	População do estudo.....	23
3.3.5	Crítérios de elegibilidade.....	23
3.3.6	Fluxograma de captação dos participantes.....	23
3.3.7	Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados.....	23
3.3.8	Análise e interpretação dos dados.....	24
<b>4</b>	<b>ESTUDO QUANTITATIVO.....</b>	<b>25</b>
4.1	HIPÓTESE.....	25
4.2	OBJETIVOS.....	25
4.2.1	Objetivo Geral.....	25
4.2.2	Objetivos Específicos.....	25
4.3	MÉTODOS.....	25
4.3.1	Desenho do estudo.....	25
4.3.2	Local do estudo.....	26
4.3.3	Período de coleta de dados.....	26

4.3.4	População do estudo.....	26
4.3.5	Crítérios de elegibilidade.....	26
4.3.6	Fluxograma de captação dos participantes.....	26
4.3.7	Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados.....	27
4.3.8	Análise e interpretação dos dados.....	28
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
6	RESULTADOS.....	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ.....	40
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	41
	APÊNDICE D – PERGUNTAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA (GRAVAÇÃO DE ÁUDIO).....	42
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	43
	ANEXO B – ESCALA DE PENSAMENTO CATASTRÓFICO SOBRE A DOR.....	47
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE NEUROFISIOLOGIA DA DOR.....	49
	ANEXO D – INVENTÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DOR PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	50

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação enquadra-se na linha de pesquisa “Avaliação e intervenção nas condições neuromusculares”, da área de concentração “Fisioterapia na atenção à saúde”, do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia *Strictu Sensu* da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A dissertação desenvolvida está vinculada ao Laboratório de Recursos Cinesioterapêuticos e Recursos Terapêuticos Manuais (LACIRTEM) do Departamento de Fisioterapia da UFPE.

O usuário com dor persistente representa uma grande demanda dos atendimentos desenvolvidos pelos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, o nível de conhecimento sobre dor de alguns profissionais é questionável e pode ser uma barreira importante para o manejo adequado da dor. Ainda nesse contexto, muitas das abordagens estão relacionadas ao modelo biomédico e a crenças e atitudes inadequadas, o que repercute em condutas insatisfatórias, resultando no aumento da procura por serviços de saúde e em gastos desnecessários. Tais situações motivaram a elucidação de questionamentos relacionados à dor persistente e os seus fatores multidimensionais devido ao seu reconhecimento como peça importante no cuidado dos usuários atendidos na APS.

Como contribuições para a experiência acadêmica foram desenvolvidos dois trabalhos que têm como temática central a “Dor persistente”. Foram eles: 1. Perfil funcional de pessoas com dores persistentes na coluna baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade - artigo publicado pela Revista Saúde e Pesquisa (Qualis B1), 2. Beliefs and concerns about pain were associated with craniofacial pain experienced within 24 hours: cross-sectional study - artigo aceito pelo Brazilian Journal of Pain (Qualis B1). Este último, também foi apresentado em formato de resumo no I Fórum Discente da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-graduação em Fisioterapia – ABRAPG-FT.

Além da elaboração de artigos, o mestrando participou de grupos de extensão: 1. Teleconsulta para pacientes com dor persistente: uma alternativa inovadora de assistência fisioterapêutica durante a pandemia de COVID-19 (2021 a 2022), 2. Promoção de ações afirmativas no Curso de Fisioterapia para melhoria da formação dos profissionais no cuidado em saúde da população negra (em andamento). Participou também como banca examinadora de um trabalho de conclusão de curso de graduação em Fisioterapia – UFPE, está como coorientador de um trabalho de conclusão de curso de graduação em Fisioterapia – UFPE e foi membro da organização de eventos voltados ao corpo docente da mesma instituição.

A presente dissertação foi elaborada conforme as normas vigentes do Programa de Pós-graduação *Strictu Senso* em Fisioterapia da UFPE. Os frutos desse trabalho foram os

artigos: 1. Percepção e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde sobre dor persistente (artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, Qualis A2) e 2. Categoria profissional e solicitude influenciam o grau de catastrofização em profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam no manejo da dor persistente: estudo transversal (artigo submetido ao periódico Ciência em Movimento).

## 2 INTRODUÇÃO

Conforme a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor pode ser definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020). Quanto à duração, as dores podem ser classificadas em aguda e persistente. A condição aguda está associada à lesão de tecidos ou órgãos e se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto (ORR; SHANK; BLACK, 2017). Já a dor persistente é aquela sem aparente dano tecidual que perdura, na maioria das vezes, por um período superior a três meses e muitas vezes é incapacitante (CARR, 2003).

Além dos prejuízos causados à funcionalidade, a dor persistente é bastante prevalente e extremamente onerosa. Estima-se que 10% a mais de 50% da população apresente dor persistente, sendo as mulheres com idade entre 45 e 66 anos e de menor nível socioeconômico as mais afetadas (AGUIAR *et al.*, 2021; HESTMANN; BRATÅS; GRØNNING, 2023; BRUCE *et al.*, 2023). Pondera-se ainda que as despesas de um indivíduo com um quadro doloroso envolvam não apenas gastos diretos com a saúde, mas também tragam impactos na produtividade do trabalho, perda de receita tributária e grandes despesas advindas da incapacidade (DANSIE; TURK, 2013).

Ademais, esse quadro doloroso é também um dos maiores motivos de procura ao serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) (GARCÍA-MARTÍNEZ *et al.*, 2019). No entanto, apesar da elevada prevalência na população, bem como o impacto que representa, alguns profissionais não possuem o domínio sobre o assunto, e devido a isto, teriam dificuldades em ofertar uma melhor abordagem e manejo a esses usuários. (GALÁN-MARTÍN *et al.*, 2019).

De acordo com estudos, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor não seria suficientemente adequado desde a sua formação devido à baixa carga horária destinada ao aprendizado sobre o assunto (ADILLÓN; LOZANO; SALVAT, 2015; ALODAIBI; ALHOWIMEL; ALSOBAVEL, 2018) o que repercutiria na forma de abordar o usuário. Por outro lado, uma formação direcionada ao manejo da dor contribuiria para a redução de incapacidades, crenças e atitudes disfuncionais (GATCHEL *et al.*, 2007; LEE *et al.*, 2016).

Em um tratamento, muito do que o profissional de saúde conhece e acredita pode influenciar na forma como ele lida com os seus pacientes (GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007; CHABANE *et al.*, 2020), o que torna necessário refletir sobre o assunto. Visto que, crenças negativas em relação à dor estão associadas ao aumento da incapacidade, da evitação do medo e da catastrofização (SPRINGER; GLEICHER; HABABOU, 2018).

É preciso considerar também que a catastrofização é a antecipação negativa do pensamento em que casos negativos são ponderados como verdades absolutas. Ela reflete uma reação exagerada frente à dor e pode acompanhar não só o usuário, mas também o profissional, quase sempre, repercutindo a influência biopsicossocial do ambiente de trabalho do qual o profissional está inserido e influenciando na forma de abordagem ao usuário (OLIVEIRA, 2011; LUO *et al.*, 2021).

Tendo em vista que usuários com dores persistentes representam uma alta demanda de atendimentos e impactos econômicos em saúde (KASEWETER *et al.*, 2023), é de fundamental importância que os profissionais dos serviços de atenção primária estejam capacitados e atentos de que os seus aspectos emocionais e cognitivos, tais como percepções, crenças e atitudes disfuncionais, podem influenciar na abordagem e no direcionamento do manejo do usuário, repercutindo em medidas que seriam adequadas para um melhor controle da dor (ALKHATIB; QADIRE; ALSHRAIDEH, 2019; CHEN MC *et al.*, 2023). Diante do exposto, a presente dissertação teve dois objetivos: 1. Observar a relação entre a percepção e a prática dos profissionais de saúde que atuam na APS do Município do Paulista com a forma de manejo do usuário com dor persistente; 2. Identificar os principais fatores que influenciam o grau da catastrofização em profissionais atuantes no manejo da dor persistente na APS do Município do Paulista.

## 2.1 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1.1 Breve definição atual sobre dor

Ao longo do tempo, o conceito de dor passou por diversos ajustes a fim de melhorar sua compreensão e aplicação. Foram feitas modificações em sua definição, classificação (nociceptiva, neuropática e nociplática), em seus mecanismos e terminologias. Tais aprimoramentos permitiram o melhor entendimento do termo dor para profissionais de saúde, pesquisadores e pessoas com dor em todo o mundo, o que possibilitou menos erros epistemológicos e um melhor direcionamento de políticas públicas que contribuem para uma melhor assistência a saúde dos usuários (De SANTANA *et al.*, 2020).

A dor persistente caracteriza-se como um problema de saúde global. Em alguns países ela chega a ser mais prevalente que doenças cardíacas e diabetes. Fisiologicamente, é provável que nessa condição clínica haja um estado de hiperexcitabilidade no sistema nervoso central, conhecido como sensibilização central (WIJMA *et al.*, 2016), caracterizada por um aumento da atividade das vias facilitadoras da dor, como também aumento da sensibilidade a estímulos variáveis, ou seja, há uma diminuição da tolerância à dor, devido à capacidade

aumentada da resposta dos neurônios centrais a receptores unimodais e polimodais (NIJS; HOUDENHOVE; OOSTENDERP, 2010). Tanto na dor aguda quanto na persistente, o sistema nervoso passa por alterações. Quando ocorre um dano tecidual e a dor permanece por alguns dias, a resposta das terminações nociceptivas polimodais é elevada pela liberação de serotonina. Esse processo é conhecido como sensibilização periférica ou hiperalgesia primária, um fenômeno local que representa uma ação protetora do corpo (NIJS; HOUDENHOVE; OOSTENDERP, 2010).

Além disso, é reconhecido também que a experiência dolorosa não envolva apenas a transmissão de informações por meio de uma via nervosa, mas sim através uma série de entradas e saídas potenciais, com o envolvimento não somente do sistema nervoso, mas também de diversos sistemas biológicos, influências multifatoriais, incluindo emoções e cognições (SHRAIM *et al.*, 2020).

A experiência da dor depende também da força, do estímulo, da vulnerabilidade, da resistência individual, ou seja, do limiar de cada indivíduo (SWIEBODA *et al.*, 2013). Tais achados tornam o conceito atual da dor uma experiência individual complexa influenciada tanto por experiências anteriores do indivíduo como por condições psicossomáticas.

### **2.1.2 Fatores biopsicossociais envolvidos na dor**

Anteriormente, o conceito de dor persistente estava atrelado a uma relação direta da lesão ou disfunção identificada com os sintomas relatados pelo paciente. Esperava-se que a intensidade da dor fosse proporcional ao dano tecidual existente. No entanto, mais recentemente, a definição de dor vem se aperfeiçoando e passou a ser embasada em um contexto biopsicossocial (MEINTS; EDWARD, 2018).

Nesse sentido, a dor é descrita como fruto da interação multidimensional e dinâmica entre os fatores psicológicos, biológicos e sociais que juntos contribuiriam para a percepção dolorosa (GATCHEL *et al.*, 2007). A partir desse modelo, é possível entender as alterações da fisiologia que ocorrem no indivíduo e relacionar com os fatores interativos e individuais da avaliação do paciente (WIJMA *et al.*, 2016).

Para isso, é importante compreender os princípios envolvidos no processo de cronificação da dor, requisito para o desenvolvimento de intervenções eficazes. Entender que fatores psicológicos como somatização pré-existente, depressão, ansiedade, cinesiofobia e catastrofização podem ser preditores de maiores índices de dor, incapacidade funcional e perda de trabalho (PINCUS *et al.*, 2013).

Os fatores sociais que influenciam na crônificação da dor ainda têm a sua aferição limitada, pois são considerados desfechos secundários em muitos estudos, além disso, eles incluem questões que atuam tanto em nível individual como coletivo (PINCUS *et al.*, 2013). Quanto aos fatores biológicos, questões como sensibilização central e processamento central de forma anormal da dor têm sido pontos bem difundidos como fatores de manutenção da dor (BALIKI *et al.*, 2006; WAND; O'CONNELL, 2018). Há estudos também que relatam que a persistência do quadro doloroso contribuiria até mesmo para a alteração da morfologia do cérebro, reduzindo a massa cinzenta na área pré-frontal e o tálamo (APKARIAN *et al.*, 2004) não se sabendo ao certo até que ponto essas alterações seriam reversíveis (BALIKI; APKARIAN, 2007).

Embora seja bastante apoiado, o modelo biopsicossocial ainda é visto por alguns autores como algo vago, não tendo limites claros entre as categorias do processo (EDWARDS *et al.*, 2016). Sugere-se ainda que a abordagem biopsicossocial não seria suficiente para avaliar aquilo que lhe é proposto, podendo superestimar os fatores psicológicos, sociais e biológicos que de fato estariam envolvidos (PINCUS *et al.*, 2013).

O fato é que este modelo tem se mostrado de grande importância na compreensão da percepção individual da dor, e na orientação e desenvolvimento de intervenções visando melhorar o quadro dos que procuram ajuda, sendo uma proposta promissora (EDWARDS *et al.*, 2016). A alta incidência de casos de dores persistentes e o custo para o sistema de saúde é uma problemática atual que impulsiona ainda mais avanços em pesquisas para promover resultados na prevenção e tratamento eficazes para esses casos (GATCHEL *et al.*, 2007).

### **2.1.3 O conhecimento e atitude do profissional de saúde frente à dor persistente**

O profissional de saúde que lida com a dor persistente tem em sua rotina de trabalho um enfrentamento diário. Além da alta demanda dos casos, o próprio manejo do quadro doloroso é visto como um desafio. Estudos apontam que mesmo com os avanços das pesquisas, que abordam a dor persistente, o diagnóstico e o tratamento desempenhado por alguns profissionais ainda se mostram com um conhecimento inadequado sobre o tema (ROP; MATHERI; TAWA, 2022).

Tais achados talvez estejam relacionados ao fato que a maioria dos profissionais ainda não tenha sido apresentada a dor em seu conceito biopsicossocial. O que faz com que o tratamento possa parecer confuso e muitas vezes impreciso (DAHJ; PORTENOY, 2004). Dentre as barreiras encontradas para que isto aconteça podem-se citar os mitos como a falta

de conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos, medo do vício em remédios e a provável escassez sobre o conteúdo (DAHJ; PORTENOY, 2004).

Contrapondo-se a isso, sugerem-se abordagens que visem à educação dos profissionais a fim de melhorar suas práticas no que concerne a avaliação e tratamento, promovendo um aumento de conhecimento por parte dos profissionais através do aperfeiçoamento do currículo educacional, o que refletiria na qualidade do atendimento às pessoas (ROP; MATHERI; TAWA, 2022).

A abordagem da dor é complexa, como seu conceito, e multidisciplinar, o que torna necessário uma compreensão mais profunda das barreiras para uma abordagem adequada. É fundamental que a equipe multidisciplinar tenha uma base sólida de conhecimentos e atitudes apropriados em relação ao manejo da dor a fim de melhorar o atendimento prestado ao paciente (NUSEIR; KASSAB; ALMONANI, 2016). Caso contrário, o conhecimento insuficiente e atitudes negativas serão agentes dificultadores para o desenrolar do tratamento (ALKHATIB; QADIRE; ALSHRAIDEH, 2019).

#### **2.1.4 Manejo, atitudes e crenças sobre dor persistente**

Embora haja importantes avanços na compreensão da dor, o manejo da dor persistente ainda não é adequado em alguns casos. Pacientes por vezes relatam sua insatisfação com o tratamento recebido e a persistência das dores por anos. Além de se investigar os mecanismos fisiopatológicos da dor, é importante entender os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, pois isso permitirá o direcionamento de decisão a fim de se alcançar tratamentos resolutivos (VAN HECKER; TORRANCE; SMITH, 2013).

Sabe-se que os fatores de risco envolvidos para um quadro de dor persistente incluem questões sociodemográficas, clínicas, psicológicas e biológicas, e tal conhecimento contribui não só para o tratamento, mas também para a prevenção do quadro (VAN HECKER; TORRANCE; SMITH, 2013).

Como base nesse conhecimento de mudança de abordagem, pesquisas têm sugerido diversas formas de tratamento voltadas para o paciente com dor como, por exemplo, exercício físico, educação em dor, meditação, acupuntura e tratamento medicamentoso (CHOU *et al.*, 2017; WU *et al.*, 2020).

O exercício físico, por exemplo, tem a capacidade de produzir alterações a nível cerebral que ativam vias inibitórias da dor. Além disso, melhora a qualidade de vida, a capacidade funcional das pessoas, proporcionando uma redução da incapacidade e diminuição da dor percebida (BATOULI; SABA, 2017).

Já a educação em dor é outro recurso que pode ser utilizado e quando combinada ao exercício se mostra bastante promissora. Porém, ainda há grande variabilidade em relação a que proporção devem ser administrados o tempo da educação em saúde e o exercício terapêutico. Apesar disso, sabe-se que devem ser levados em conta que aspectos psicossociais são fatores importantes no processo de persistência da dor. O que leva a necessidade de desenvolver protocolos de abordagem para cada situação específica (EDWARDS *et al.*, 2016).

A natureza refratária da dor e a dependência de medicamentos, levam frequentemente a um aumento pela procura de terapias complementares à medicação. Uma delas é a meditação, que embora bastante procurada, ainda apresenta pontos a esclarecer sobre os seus benefícios. Estudos chegaram a revelar que a prática da meditação, promove uma diminuição significativa na dor persistente, depressão e melhora da qualidade de vida, porém devido a baixa qualidade metodológica desses estudos, seus resultados devem ser interpretados com cautela. (CHIESA; SERRETTI, 2011; HILTON *et al.*, 2017). Outra forma de tratamento complementar se dá através da acupuntura. O seu uso produz efeito duradouro a longo prazo, o que a torna uma opção razoável e válida para o tratamento do paciente com dor persistente (VICKERS *et al.*, 2018).

Ainda nesse contexto, o uso de medicamentos para o manejo da dor persistente, principalmente na atenção primária, é a opção mais escolhida para o tratamento. No entanto, certas substâncias psicoativas têm eficácia muitas vezes limitada e são acompanhados de riscos, resultados adversos, dependência, overdoses e até mesmo morte (DOWELL; HAEGERICH; CHOU, 2016). Contudo, como a dor persistente é um importante problema encontrado na APS, deve-se levar em consideração o equilíbrio entre benefícios e malefícios da utilização de medicação para o seu tratamento tendo como base evidências clínicas e contextuais que sejam suficientemente claras para apoiar a recomendação do uso na maioria dos casos (DOWELL; HAEGERICH; CHOU, 2016).

No contexto diário, alguns profissionais podem ter sua prática clínica influenciada por suas atitudes e crenças (GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007). As atitudes afetam o comportamento a partir dos sentimentos da pessoa sobre um objetivo ou alvo. Já as crenças são suposições sobre a realidade que interferem no comportamento a partir da informação que o indivíduo possui referente a um alvo (TAIT; CHIBNALL, 1997).

Uma crença negativa associada a uma formação profissional inadequada contribui ainda mais para uma abordagem ineficaz. Isso reforça a necessidade de um caminho a se percorrer que é o melhoramento de questões educacionais sobre dor ainda na formação

profissional; a promoção de iniciativas a educação continuada e o seu tratamento; e a divulgação do que se há de mais novo no manejo do paciente com dor persistente (LACASSE; CHOINIERE; CONNELLY, 2017).

Percebe-se que há uma ampla gama de recursos e o paciente pode se beneficiar mais de um do que de outro. No entanto, a escolha a ser tomada é um desafio clínico substancial. Em meio a grande variedade de opções no manejo clínico de pacientes com dor persistente deve-se ter o cuidado a fim de não os expor a tratamentos inconsistentes acarretando danos à saúde, cuidados ineficientes e custos desnecessários (BABATUNDE *et al.*, 2017).

### **2.1.5 Atuação dos profissionais da atenção primária aos pacientes com dor persistente**

A dor persistente é uma das queixas mais prevalentes na APS (GALÁN-MARTÍN *et al.*, 2019; PRUDENTE *et al.*, 2020). Estima-se que 20% de todas as consultas que ocorrem nesse nível de atenção estejam relacionadas ao quadro doloroso e suas queixas. É na atenção primária que ocorre o maior contato do usuário com o sistema de saúde e é nela que a maioria dos atendimentos acontece (JORDAN *et al.*, 2010).

No entanto, os usuários atendidos nesse nível de atenção relatam enfrentar dificuldades como: acesso limitado ao tratamento, mau entendimento em relação ao seu quadro doloroso e má qualidade do atendimento pela falta de interpretação da gravidade da dor e das expectativas geradas com o tratamento (BILFULCO *et al.*, 2021). Boa parte dos profissionais, que nela estão inseridos, infelizmente não conduz o atendimento do usuário com dor persistente de maneira adequada, uma vez que alguns destes profissionais podem não ter a certeza sobre qual a melhor forma de abordagem (GALÁN-MARTINS *et al.*, 2019).

Além desses percalços, a dor persistente é reconhecida nos estudos pelos seus altos índices de incapacidade e alterações sociais, podendo afetar todas as idades, sendo mais prevalentes em adultos. Pesquisas apontam que a demanda torna necessária à atenção de profissionais que atuem de forma interdisciplinar visando fornecer apoio e tratamento para essa população a partir de um olhar biopsicossocial a fim de ser alcançado um resultado promissor (PAUL-SAVOIE *et al.*, 2018; PRUDENTE *et al.*, 2020).

Para isso, a escolha do tratamento deve ser baseada em uma decisão compartilhada entre profissional e paciente, enfatizando o uso seletivo de remédios e quando possível, abordagens não farmacológicas. Além disso, a abordagem de autogerenciamento e neurociência da dor são apontadas como recursos eficazes e já estão disponíveis no serviço de saúde, porém por vezes subutilizados e até mesmo desconhecidos (SCHNEIDERHAN; CLAUW; SCHWENK, 2017).

Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças persistentes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, a APS tem por atuação identificar as necessidades de saúde que estão voltadas à população, na qual a Estratégia Saúde da Família é responsável por expandir esse processo. É nesse nível de atenção que são estabelecidos desde um diagnóstico até a sua terapêutica, sendo referenciado por instrumentos que, com a educação permanente e os cuidados farmacológicos, práticas integrativas, corporais e psíquicas contribuem para o tratamento (BRASIL, 2013).

No sentido de melhorar e contrapor os obstáculos encontrados na rotina dos atendimentos, pontos como ouvir as preocupações dos pacientes atentamente, manter uma comunicação efetiva, dar veracidade sobre a situação do tratamento e prognóstico, treinamento especializado para oferta de tratamento dos usuários com dor persistente e fornecer viabilidade de oferta de tratamentos adicionais tem sido dito como a base para uma ótima atuação profissional e resolução do quadro doloroso (GRUB, 2020).

Esta pesquisa incluiu duas linhas metodológicas para o seu desenvolvimento. Uma linha qualitativa, a qual deu origem ao estudo qualitativo e uma outra quantitativa, a qual deu origem ao estudo quantitativo.

### **3 ESTUDO QUALITATIVO**

#### **3.1 HIPÓTESE**

Há relação entre a percepção e a prática dos profissionais de saúde que atuam na APS do Município do Paulista com o manejo da dor persistente do usuário.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1 Objetivo Geral**

Observar a relação entre a percepção e a prática dos profissionais de saúde que atuam na APS do Município do Paulista com a forma de manejo do usuário com dor persistente.

##### **3.2.2 Objetivos Específicos**

- Desvelar as palavras com maior frequência e concorrência no *corpus* textual.
- Análisar as falas dos profissionais de saúde a partir do agrupamento por categoria (classe) de palavras.
- Evidenciar a conexão entre os principais núcleos de sentido do texto por meios dos itens lexicais centrais e palavras próximas a estes.

#### **3.3 MÉTODOS**

##### **3.3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa, que seguiu as recomendações *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (O'BRIEN *et al.*, 2014).

##### **3.3.2 Local do estudo**

Este estudo foi desenvolvido no Município do Paulista, localizado na região metropolitana do Recife, Pernambuco - Brasil.

##### **3.3.3 Período de coleta de dados**

Os dados deste estudo foram coletados no período de outubro de 2022 a outubro de 2023.

### **3.3.4 População do estudo**

A população foi composta por 60 profissionais de saúde de nível superior completo que atuavam na APS do Município, tais como assistentes sociais, profissionais de educação física, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

### **3.3.5 Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos no estudo profissionais com formação acadêmica completa, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que atuavam na APS do município. Os profissionais que estavam aposentados ou afastados do trabalho por algum tipo de licença, ou motivo no momento da coleta dos dados foram excluídos da pesquisa.

### **3.3.6 Procedimentos para captação dos participantes**

Primeiramente, foi realizado um levantamento junto a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Na ocasião, foram identificados 229 profissionais cadastrados nos serviços da atenção primária do Município do Paulista. Para se obter o tamanho adequado da amostra, levou-se em consideração dados da literatura que consideram que apenas 35,4% dos profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre dor, com margem de erro relativa de 20% e uma população finita de 229 profissionais, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 99 participantes (RIBEIRO *et al.*, 2015). Com o intuito de se evitar um possível viés de seleção, um pesquisador da equipe gerou a amostragem aleatória, através da ferramenta digital *4Devs*. De posse da lista dos profissionais selecionados, outro pesquisador da equipe foi ao encontro dos participantes.

Os áudios captados foram digitados sem auxílio de software, por um único pesquisador, a medida que os dados eram coletados. Após ser realizada uma leitura inicial das transcrições para identificar a repetição de temas e saturação dos discursos, foi considerado o total de 60 entrevistas um quantitativo satisfatório para elucidar o fenômeno estudado. Tal atitude foi tomada levando-se em consideração que é possível interromper a coleta de dados quando se evidencia que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais apreendidos a partir do campo de observação (FONTANELLA *et al.*, 2011).

### **3.3.7 Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados**

A coleta de dados do estudo qualitativo se deu a partir da aplicação de um formulário de caracterização da amostra que continha perguntas elaboradas pela equipe de pesquisa

sendo elas: categoria profissional, sexo, idade, há quanto tempo o profissional terminou a graduação, se durante a graduação o profissional teve alguma disciplina sobre dor, se o profissional possui ou já fez algum curso sobre dor, qual a qualificação do profissional, qual o local de trabalho, qual o tempo de atuação do profissional na APS, se o profissional possui experiência profissional no tratamento da dor, se há presença de dor no momento da entrevista e há quanto tempo (**APÊNDICE C**). O formulário foi aplicado de forma presencial e individualmente, seguido de uma entrevista. Na ocasião os profissionais responderam livremente sobre suas percepções e práticas respondendo às perguntas: 1. Como você atua no manejo da dor de usuários na atenção primária? 2. Que abordagem utiliza? 3. Como seu nível de conhecimento sobre dor e suas crenças interferem no manejo da dor dos usuários na APS? (**APÊNDICE D**)

As repostas dos participantes foram gravadas em um único momento com o auxílio de um celular. Caso o profissional entrevistado fosse extremamente objetivo em sua resposta, o pesquisador poderia repetir as perguntas ou parte delas a fim de tornar as respostas mais produtivas, facilitando o entendimento do objetivo da pesquisa a ser desvelado. As falas obtidas foram posteriormente transcritas, sem modificações do conteúdo, e analisadas por meio do *software* de análise textual, Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

### 3.3.8 Análise e interpretação dos dados

A análise dos resultados foi feita por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da Análise de Similitude (AS). A CHD permitiu classificar os seguimentos de textos de acordo com seus vocabulários, dividindo-os conforme a frequência das formas reduzidas para se obter classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE), que são os vocábulos agrupados pelo software por semelhança e diferença (BARONI; SILVA, 2023).

Por sua vez, a AS é uma técnica sólida de análise que se baseia na teoria dos grafos e identifica as palavras com maior frequência e concorrência no *corpus* textual. Os principais núcleos de sentido do texto foram identificados por meio dos itens lexicais centrais e palavras próximas a estes foram apresentadas sob a forma de árvore de palavras com ramificações, refletindo a percepção e as práticas dos profissionais da APS sobre a dor persistente (BARONI; SILVA, 2023).

## 4 ESTUDO QUANTITATIVO

### 4.1 HIPÓTESE

Classe laboral, crenças e atitudes são fatores que influenciam o grau de catastrofização dos profissionais que atuam no manejo da dor persistente em indivíduos atendidos na APS do Município do Paulista.

### 4.2 OBJETIVOS

#### 4.2.1 Objetivo Geral

Identificar os principais fatores que influenciam o grau de catastrofização em profissionais atuantes no manejo da dor persistente na APS do Município do Paulista.

#### 4.2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o nível de catastrofização da dor dos profissionais de saúde da APS do município.
- Avaliar o nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor dos profissionais de nível superior atuantes na APS do Município do Paulista.
- Analisar as atitudes e crenças sobre dor dos profissionais da saúde frente à dor.
- Avaliar a frequência das variáveis independentes.
- Analisar a influência das variáveis: categoria profissional; sexo; idade; tempo de formação; disciplina sobre dor ainda na graduação; possuir curso sobre dor; tempo de atuação; possuir experiência no tratamento da dor; escore do Questionário de Neurofisiologia da Dor (QND) e os domínios do Inventário de Atitudes frente a Dor (IAD) a saber: dano físico, solicitude, incapacidade, emoção, controle e cura médica no escore de catastrofização.

### 4.3 MÉTODOS

#### 4.3.1 Desenho do estudo

Esse estudo é do tipo observacional, transversal, e seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para o seu desenvolvimento (MALTA *et al.*, 2010).

#### **4.3.2 Local do estudo**

Este estudo foi desenvolvido no Município do Paulista, localizado na região metropolitana do Recife, Pernambuco - Brasil.

#### **4.3.3 Período de coleta de dados**

Os dados deste estudo foram coletados no período de outubro de 2022 a outubro de 2023.

#### **4.3.4 População do estudo**

A população foi composta por profissionais de saúde de nível superior completo que atuavam na APS do Município, tais como assistentes sociais, profissionais de educação física, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

#### **4.3.5 Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos no estudo profissionais com formação acadêmica completa, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que atuavam na APS do município. Os profissionais que estavam aposentados ou afastados do trabalho por algum tipo de licença, ou motivo no momento da coleta dos dados foram excluídos da pesquisa.

#### **4.3.6 Procedimentos para captação dos participantes**

Primeiramente, foi realizado um levantamento junto a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Na ocasião, foram identificados 229 profissionais cadastrados nos serviços da atenção primária do Município do Paulista. Para se obter o tamanho adequado da amostra, levou-se em consideração que 35,4% dos profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre dor, com margem de erro relativa de 20% e uma população finita de 229 profissionais, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 99 participantes (RIBEIRO *et al.*, 2015). Com o intuito de se evitar um possível viés de seleção, um pesquisador da equipe gerou a amostragem aleatória, através da ferramenta digital *4Devs*. De posse da lista dos profissionais selecionados, outro pesquisador da equipe foi ao encontro dos participantes. Na ocasião foram aplicados o formulário de caracterização da amostra (APÊNDICE C), a Escala de Pensamentos Catastróficos sobre a Dor (*Pain Catastrophizing Scale* – B-PCS), a fim de identificar a presença de catastrofização, o Questionário de Neurofisiologia da Dor (QND), para avaliar o nível de conhecimento sobre dor, e o Inventário

de Atitudes Frente à Dor – Profissionais (IAD-profissionais) a fim de identificar as crenças e atitudes sobre dor dos profissionais. Após respondidos, os instrumentos de avaliação foram entregues ao pesquisador.

#### **4.3.7 Procedimentos e Instrumentos para a coleta de dados**

A coleta de dados do estudo quantitativo ocorreu em um único encontro, de forma individual e presencial. A fim de se alcançar os objetivos propostos foram empregados: a Escala de Pensamentos Catastróficos sobre a Dor (*Pain Catastrophizing Scale – B-PCS*), o Questionário de Neurofisiologia da Dor (QND) e o Inventário de Atitudes Frente à Dor – Profissionais (IAD-profissionais).

A B-PCS é uma escala traduzida e validada para a população brasileira composta por 13 itens, na qual o participante expressa o grau de sentimento ou pensamento em relação à sua dor, variando de 0 a 4 em opções de respostas que vão de “mínimo” a “muito intenso” (SULLIVAN; BISHOP; PIVIK, 1995; SEHN *et al.*, 2012). O escore total é dado pelo somatório de todos os itens, variando de 0 a 52 pontos (SEHN *et al.*, 2012). A pontuação final pode ser categorizada em dois níveis: o escore maior que 30 pontos representa um nível clinicamente significativo de catastrofização da dor; o escore menor que 30 pontos indica ausência de catastrofização (SULLIVAN, 2009) (**ANEXO B**).

O QND é um instrumento autoaplicável, revisado e adaptado para o português do Brasil composto por 12 itens que avaliam o conhecimento relacionado à neurofisiologia da dor. Para cada item há três possíveis respostas: verdadeira, falsa ou indecisa. Cada resposta correta equivale a um ponto, enquanto as respostas incorretas ou indecisas equivalem a zero ponto. A pontuação total pode variar de zero a 12 pontos (NOGUEIRA *et al.*, 2018). Os profissionais que atingiram uma taxa de acerto inferior a 75% da pontuação final foram classificados com baixo nível de conhecimento. Já aqueles que atingiram uma taxa de acerto superior ou igual a 75% foram classificados como tendo um alto nível de conhecimento para a neurofisiologia da dor (CATLEY; O'CONNELL; MOSELEY, 2013) (**ANEXO C**).

O IAD-Profissionais é uma escala autoaplicável, validada no Brasil, que contém 20 itens distribuídos em seis domínios: controle, emoção, incapacidade, dano físico, solicitude e cura médica. Neste inventário, os respondentes indicam a concordância com cada uma das assertivas em respostas que variam de 0 a 4, totalmente falso a totalmente verdadeiro, respectivamente. A análise do inventário é feita por domínio e o escore final de cada domínio é calculado pela soma dos pontos das respostas de cada item e dividido pelo número dos itens respondidos, podendo seu escore final médio variar de 0 a 4. Há itens invertidos que precisam

ter seus escores revertidos antes da soma. Não há ponto de corte, resposta certa ou errada e os escores dos seis domínios não são somados. Contudo, há respostas que são consideradas mais desejáveis por serem consideradas pelos autores do inventário como mais adaptativas. (GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007) (ANEXO D).

#### **4.3.8 Análise e interpretação dos dados**

As análises foram realizadas utilizando o software SPSS, versão 20.0. Os dados foram apresentados com média e desvio padrão com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) ou mediana e número/porcentagem (%).

Foi realizada uma análise de regressão linear simples, para as variáveis numéricas (idade, os domínios do IAD sendo eles: dano físico, solicitude, incapacidade, emoção, controle e cura médica e o escore do QND), e teste de comparação de médias, para as variáveis categóricas (sexo, tempo de formação, se cursou disciplina de dor na graduação, se tem algum curso de dor, tempo de serviço, experiência no tratamento da dor e categoria profissional), visando verificar quais delas influenciam no escore da catastrofização. Foram incluídas na análise todas as variáveis independentes com  $p < 0,2$ . Entraram para o modelo final as variáveis que foram significativas a  $p < 0,05$ .

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº: 5.708.074).

**(ANEXO A)**

Todos os participantes dos estudos, qualitativos e quantitativos, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**). Além disso, os participantes do estudo qualitativo assinaram um Termo de Consentimento para Uso de Voz (**Apêndice B**).

## **6 RESULTADOS**

A presente pesquisa resultou em dois artigos originais. Artigo 1 intitulado de Percepção e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre dor persistente, submetido ao periódico Revista Latino-Americana de Enfermagem; e Artigo 2 intitulado de Categoria profissional e solicitude influenciam o grau de catastrofização em profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam no manejo da dor persistente: estudo transversal (artigo submetido ao periódico Ciência em Movimento).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da presente pesquisa, pôde-se evidenciar que os profissionais de saúde que atuam na APS do município do Paulista mostraram-se empenhados em ser resolutivos, mesmo diante das fragilidades encontradas na rede de saúde. Além disso, a partir da compreensão das falas, pode-se inferir que as suas crenças e atitudes parecem influenciar na tomada de decisão clínica frente ao manejo da dor persistente. Tais achados evidenciados a partir da pesquisa qualitativa contribuem para o reordenamento das ações e o fortalecimento de pactuações e serviços no cuidado do usuário com dor persistente numa perspectiva mais humana. Ainda nesse contexto, o seguimento do estudo quantitativo permitiu enxergar um panorama que evidenciou a categoria profissional e o domínio solicitude do IAD-profissionais como fatores que interferem no grau da catastrofização dos profissionais que atuam na APS, sendo a categoria de enfermagem a classe com maior chance de repercutir nos valores de catastrofização apresentados. Logo, atenta-se que estes profissionais devem estar cientes que sua atividade laboral e a crença de que o cuidado ao outro deve ser maior na presença de dor podem influenciar em seus aspectos emocionais e cognitivos, refletindo na abordagem do usuário com dor.

## REFERÊNCIAS

- ADILLÓN, C., LOZANO, È., SALVAT, I. Comparison of pain neurophysiology knowledge among health sciences students: a cross-sectional study. **BMC Res Notes**. v. 8, p. 592, 2015.
- AGUIAR, D. P., *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **Brjp**. v. 4, n. 3, p. 257-267. 2021
- ALKHATIB, G. S., QADIRE, M., ALSHAIDEH, J. A. Pain Management Knowledge and Attitudes of Healthcare Professionals in Primary Medical Centers. **Pain Manag Nurs**. v. 21, n. 3, p. 265-270, Jun. 2020.
- ALODAIBI, F., ALHOWIMEL, A., ALSOBAYEL, H. Pain neurophysiology knowledge among physical therapy students in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **BMC Med Educ**. v. 18, n. 1, p. 228, Out. 2018.
- APKARIAN, A. V., *et al.* Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. **J Neurosci**. v. 24, n. 46, p. 10410-10415, 2004.
- BABATUNDE, O. O., *et al.* Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. **PLoS One**. v. 12, n. 6, Jun., 2017.
- BALIKI, M. N., *et al.* Chronic pain and the emotional brain: specific brain activity associated with spontaneous fluctuations of intensity of chronic back pain. **J Neurosci**. v. 26, n. 47, p. 12165-12173, 2006.
- BALIKI, M. N., APKARIAN A. V. Neurological effects of chronic pain. **J Pain Palliat Care Pharmacother**. v. 21, n.1, p 59-61, 2007.
- BARONI, J. G., SILVA, C. C. B. da. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**. v. 46. p. 103-115, 2023.
- BATOULI, S. A. H., SABA, V. At least eighty percent of brain grey matter is modifiable by physical activity: A review study. **Behav Brain Res**. Ago. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARR, D. B. How prevalent is chronic pain? **Pain**. v. 11, n. 2, p. 1-4, 2003

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CATLEY, M. J., O'CONNELL, N. E., MOSELEY, G. L. How good is the neurophysiology of pain questionnaire? A Rasch analysis of psychometric properties. **J Pain**. v. 14, n. 8, p. 818-27, Ago., 2013.

CHABANE, S. M., *et al.* Outpatient physiotherapists' attitudes and beliefs toward patients with chronic pain: A qualitative study. **Physiother Theory Pract**. v. 36, n. 1, p. 85-94, Jan. 2020.

CHEN, M. C., *et al.* Three-year hospital-wide pain management system implementation at a tertiary medical center: Pain prevalence analysis. **PLoS One**. v. 18, n. 4, 2023.

CHIESA, A., SERRETTI, A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. **J Altern Complement Med**. v. 17, n. 1, p. 83-93, Jan. 2011.

CHOU R., *et al.* Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. **Ann Intern Med**. v. 166, n. 7, p. 493-505, Abr., 2017.

DANSIE, E. J., TURK, D. C. Assessment of patients with chronic pain. **Br J Anaesth**. v. 111, n. 1, p. 19-25, 2013.

DAHL, J. H., PORTENOY, R. K. Myths about controlling pain. **J Pain Palliat Care Pharmacother**. v. 18, n. 3, p. 55-58, 2004.

DeSANTANA, *et al.* Revised definition of pain after four decades. **Brjp**. v. 3, n. 3, p. 197-198. 2020

DOWELL, D., HAEGERICH, T. M., CHOU R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain--United States, 2016. **Jama**. v. 315, n. 15, p. 1624-1645, Abr., 2016.

EDWARDS, R. R., *et al.* The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. **J Pain**. v. 17, n. 9, 2016.

FONTANELLA, B. J. B., *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública**. v. 27, p. 388-394, fev. 2011.

GALÁN-MARTÍNS, M. A., *et al.* Pain neuroscience education and physical exercise for patients with chronic spinal pain in primary healthcare: a randomised trial protocol. **BMC Musculoskelet Disord**. v. 20, n. 1, p. 505, 2019.

GARCIA, D. M., PIMENTA, C. A. M., CRUZ, D. A. L. M. Validação do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - profissionais. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 41, n. 4, 2007.

GATCHEL, R. J., *et al.* The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. **Psychol bull**. v. 133, n. 4, p. 581, 2007.

GRUB, I., *et al.* Satisfaction with Primary Care Providers and Health Care Services Among Patients with Chronic Pain: a Mixed-Methods Study. **J Gen Intern Med**. v. 35, n. 1, p. 190-197, Jan. 2020.

HILTON, L., *et al.* Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. **Ann Behav Med**. v. 51, n. 2, p. 199-213, Abr. 2017.

JORDAN, K. P., *et al.* Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. **BMC Musculoskelet Disord**. v.2, n. 11, p. 144, 2010.

LACASSE, A., CHOINIERE, M., CONNELLY, J. A. Knowledge, beliefs, and attitudes of the Quebec population toward chronic pain: Where are we now? **Can. j. pain.** v. 1, n. 1, p. 151-160, 2017.

LEE, H., *et al.* Does changing pain-related knowledge reduce pain and improve function through changes in catastrophizing? **Pain.** v. 157, n. 4, p. 922-930, Abr. 2016.

LUO, H. *et al.* Study on Pain Catastrophizing From 2010 to 2020: A Bibliometric Analysis via CiteSpace. **Front Psychol.** v. 12, 2021.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. saúde pública.** v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MEINTS, S. M., EDWARDS, R. R. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.** p. 168-182, Dez. 2018.

NOGUEIRA, L. A. C, *et al.* Cross-cultural adaptation of the Revised Neurophysiology of Pain Questionnaire into Brazilian Portuguese language. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 67, n. 4. Out-Dez 2018.

NIJS, J.; HOUDENHOVE, B. V.; OOSTENDERP, R. A. B., Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. **Manual Therapy,** v. 15, n. 2, p. 135-141, 2010.

NUNES, E. D. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 12, p. 1087-1088, 2007.

NUSEIR, K.; KASSAB, M.; ALMOMANI B. Healthcare Providers' Knowledge and Current Practice of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made? **Pain Res Manag.** 2016.

O'BRIEN. B. *et al.* Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. **Acad Med.** V. 89, n. 9, p. 1245, 2014.

OLIVEIRA, M. I. S. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Rev. bras.ter. cogn.** v. 7, n. 1, p. 30-34, 2011.

ORR P. M., SHANK B. C., BLACK A. C. The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. **Crit Care Nurs Clin North Am.** v. 29, n. 4, p. 407-418, 2017.

PAUL-SAVOIE E., *et al.* The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. **Pain Res Manag. Set.**, 2018.

PINCUS T., *et al.* Twenty-Five Years With the Biopsychosocial Model of Low Back Pain: Is It Time to Celebrate? A Report From the Twelfth International Forum for Primary Care Research on Low Back Pain. **Spine.** v. 38, n. 24, p. 2118–2123, 2013.

PRUDENTE, M., *et al.* Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. **Braz J Develop.** v.6, n.7, p.49945-4996, 2020.

RAJA, *et al.*, The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 9, n. 161, p. 1976-1982, 2020.

RIBEIRO, M., *et al.* Knowledge of health professionals about pain and analgesia. **Rev Dor.** v. 16, n. 3, 2015.

ROP, S.; MATHERI J. M.; TAWA, N. Knowledge, attitudes and practice of clinicians managing chronic pain in a tertiary care facility. **S Afr J Physiother.** v. 78, n.1, Jan. 2022.

SCHNEIDERHAN J., CLAUW D., SCHWENK T. L. Primary Care of Patients With Chronic Pain. **JAMA.** v. 317, n. 23, p. 2367-2368, Jun., 2017.

SEHN, F., *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. **Pain Med.** v. 13, n. 11, p. 1425-1435, Nov. 2012.

SHARIM, M. A., *et al.*, Systematic Review and Synthesis of Mechanism-based Classification Systems for Pain Experienced in the Musculoskeletal System. **Clin J Pain**, v. 10, n. 36, p. 793-812, 2020.

SPRINGER, S., GLEICHER, H., HABABOU, H. Attitudes and beliefs about musculoskeletal pain and its association with pain neuroscience knowledge among physiotherapy students in Israel. **Isr J Health Policy Res.** v.15, n.67, 2018.

SULLIVAN, M. J. L., BISHOP, S. R., PIVIK, J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. **Psychol Assess.** v. 7, n. 4, p. 524-532, 1995.

SULLIVAN, M. J. L. "The pain catastrophizing scale: user manual." **Montreal: McGill University.** p. 1-36, 2009.

SWIEBODA, P., *et al.*, Assessment of pain: types, mechanism and treatment. **Ann Agric Environ Med,** n. 1, p. 2-7, 2013.

TAIT, R. C., CHIBNALL J. T. Development of a brief version of the survey of pain attitudes. **Pain.** v.70, n. 2-3, p. 229-235, 1997.

VAN HECKER, O., TORRANCE, N., SMITH, B. H. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. **Br J Anaesth.** v. 111, n. 1, p. 13-8, Jul., 2013.

VICKERS, A. J, *et al.* Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. **J Pain.** v. 19, n. 5, p. 455-474, 2018.

WAND, B. M., O'CONNELL, N. E. Chronic non-specific low back pain - sub-groups or a single mechanism?. **BMC Musculoskelet Disord.** v. 9, n. 11, Jan. 2008.

WIJMA, A. J., *et al.* Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. **Physiother Theory and Pract.** v. 32, n. 5, p. 368-384, 2016.

WU, A., *et al.* Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. **Ann Transl Med.** v. 8, n. 6, p. 299 Mar. 2020.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e nível de catastrofização de profissionais de saúde da atenção básica: Um estudo transversal**, que está sob a responsabilidade e orientação da pesquisadora Débora Wanderley Villela, no endereço Av. Jorn. Aníbal Fernandes, 173 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50740-560 - Telefone para contato (81) 2126-8490 e e-mail debora.wanderley@ufpe.br.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Diego de Sousa Dantas, telefone para contato: (81) 2126-8492, e-mail diego.sdantas@ufpe.br e Edson José Barros de Medeiros Júnior, telefone para contato: 99641-6982, e-mail: edson.jose@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** Este é um estudo observacional do tipo transversal. O objetivo da pesquisa é verificar a associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças e nível de catastrofização de profissionais de nível superior que atuam na atenção básica do município do Paulista. Este estudo será realizado por meio da aplicação de questionários e gravação de áudio. Os questionários e a entrevista com os voluntários serão respondidos, uma única vez, individualmente e de forma presencial. O tempo médio para responder os questionários é de 30 minutos. Os voluntários responderão a 11 questões no formulário de caracterização da amostra, 12 questões no questionário de Neurofisiologia da dor, 20 questões no Inventário de Atitudes Frente à Dor para profissionais de Saúde, 13 questões na Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor e terá o áudio gravado referente à resposta de duas perguntas. Posteriormente a isso as respostas serão entregues para a equipe de pesquisadores e o áudio obtido analisado com o auxílio do software IRUMATEQ.

**RISCOS:** Ao responder o questionário, os voluntários poderão se sentir constrangidos com algumas perguntas de cunho pessoal. Para minimizar estes fatos, será solicitado para que os voluntários não se identifiquem nos questionários e que respondam às perguntas em espaço reservado. Os dados coletados serão mantidos em sigilo.

**BENEFÍCIOS diretos/indiretos:** As informações coletadas neste projeto permitirão indicar uma possível associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças e nível de catastrofização dos participantes. A partir disso será possível direcionar a necessidade de capacitação para esses profissionais.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas

apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. O banco de dados eletrônico ficará armazenado em um computador, protegido por senha e de uso exclusivo da pesquisadora responsável. Já os questionários respondidos pelos participantes serão armazenados em um armário trancado dentro da sala da pesquisadora: Débora Wanderley Villela, situada no endereço Av. Jorn. Aníbal Fernandes, 173 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50740-560, por um período mínimo de 5 anos. Após finalizada a pesquisa, apenas a pesquisadora principal terá acesso aos dados dos questionários.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e nível de catastrofização de profissionais de saúde da atenção básica: Um estudo transversal**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_  
permito que o pesquisador **Edson José Barros de Medeiros Júnior** obtenha a gravação da minha voz para fins da pesquisa científica intitulada: **Associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e nível de catastrofização de profissionais de saúde da atenção básica: Um estudo transversal.**

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa, experiência profissional e/ou pessoal, possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, nenhuma das informações dadas por mim serão identificadas, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações que serão obtidas ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Apenas poderão ter acesso aos arquivos os pesquisadores envolvidos diretamente na pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pesquisador responsável**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

**Local e data**

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA****Profissão:**

- Assistente Social       Educador Físicos       Enfermeiro (a)  
 Fisioterapeuta       Fonoaudiólogo (a)       Médico (a)  
 Nutricionista       Odontólogo (a)       Psicólogo (a)  
 Terapeuta Ocupacional

**Sexo:**  Feminino       Masculino       Prefiro não informar

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Há quanto tempo você terminou a graduação?** \_\_\_\_\_

**Durante a graduação você teve alguma disciplina sobre dor?**  Sim  Não

**Possui ou já fez algum curso sobre dor?**  Sim  Não

**Qualificação Profissional:**

- Graduação  
 Residência  
 Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado

**Local de Trabalho:** \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação na Atenção Primária:** \_\_\_\_\_

**Possui experiência profissional no tratamento da dor?**  Sim  Não

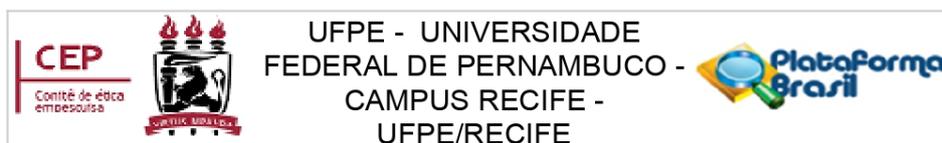
**Você esta sentindo dor?**  Sim  Não

**Há quanto tempo?**  <3 meses       > 3 meses       Não se aplica

**APÊNDICE D – PERGUNTAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA (GRAVAÇÃO DE ÁUDIO)**

1. Como você atua no manejo da dor de usuários na Atenção Primária? Que abordagem utiliza?
2. Como seu nível de conhecimento sobre dor e suas crenças interferem no manejo da dor dos usuários na Atenção Primária?

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e nível de catastrofização de profissionais de saúde da atenção básica: Um estudo transversal

**Pesquisador:** DÉBORA WANDERLEY VILLELA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62042222.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.708.074

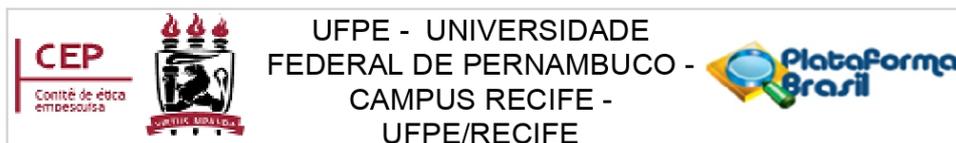
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação do mestrando Edson Júnior vinculado ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, sob a orientação da professora Debora Villela. O projeto tem o objetivo de verificar a associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e nível de catastrofização de profissionais de saúde da atenção básica. Para isso, será realizado um estudo observacional do tipo transversal quali-quantitativo. Participarão do estudo os profissionais com ensino superior completo que desempenham suas atividades na atenção básica. Para a análise quantitativa serão utilizados: um formulário para caracterização da amostra, o Questionário de Neurofisiologia da Dor, o Inventário de Atitudes Frente à dor versão – profissionais e a Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor. Para a análise qualitativa serão feitas perguntas e as respostas obtidas serão transcritas para o computador e analisadas através do software IRAMUTEQ. Espera-se com esta pesquisa evidenciar a associação entre os desfechos estudados, levando-se em consideração que quanto maior for o nível de conhecimento sobre dor, melhor será o manejo dos profissionais de saúde para com suas crenças e atitudes e níveis de catastrofização como para com o tratamento dos pacientes.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral:

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.708.074

• Verificar a associação entre o nível de conhecimento sobre dor persistente, atitudes e crenças sobre dor e o nível de catastrofização de profissionais de nível superior que atuam na atenção básica do município do Paulista.

#### Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra;
- Avaliar o nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor dos profissionais de nível superior atuantes na atenção básica;
- Analisar as atitudes e crenças sobre dor dos profissionais frente à dor;
- Verificar o nível de catastrofização da dor dos profissionais;
- Relacionar o nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor, atitudes e crenças sobre dor e o nível de catastrofização sobre dor com as características da amostra;
- Conhecer as experiências profissionais no manejo da dor e a influência do nível de conhecimento da neurofisiologia, crenças e atitudes sobre dor e níveis de catastrofização nos cuidados de pessoas com dor na atenção básica.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados os riscos, formas de minimizá-los e os benefícios. Esses elementos estão adequados para a proposta de pesquisa apresentada.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e trará importante contribuição para o conhecimento sobre o nível de conhecimento, crenças e atitudes e o nível de catastrofização dos profissionais que atuam na atenção básica, e, a partir disso, será possível direcionar as intervenções para lidar com os resultados encontrados.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos solicitados pelo CEP/UFPE. A pesquisadora anexou TCLE para pesquisas presenciais.

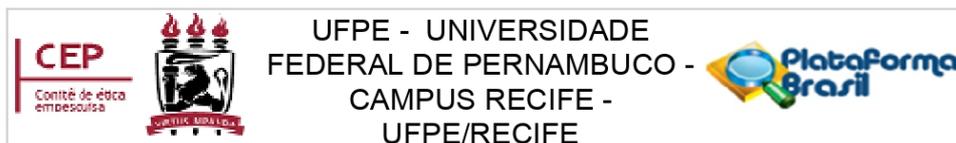
#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora efetuou os ajustes solicitados. Dessa forma, recomenda-se aprovação do protocolo.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.708.074

coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

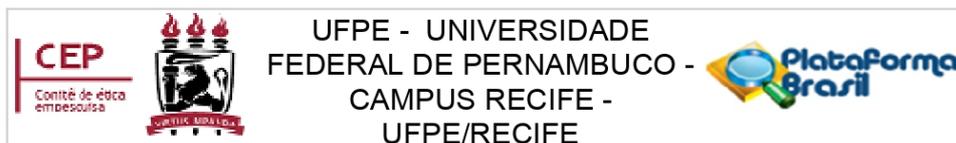
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2002865.pdf	12/10/2022 22:50:12		Aceito
Outros	CartadeRespostas.docx	12/10/2022 22:49:44	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetooversaocep1210.doc	12/10/2022 22:47:51	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novoTCLE.doc	12/10/2022 22:46:42	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	declaracaomestrado.pdf	22/08/2022 22:38:51	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	cvdiegodessousadantas.pdf	22/08/2022 22:36:23	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	termodcompromissoedson.pdf	20/08/2022	EDSON JOSE	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.708.074

Outros	termodecompromissoedson.pdf	12:37:03	BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	cvedsonbarros.pdf	20/08/2022 12:23:21	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	cvdeborawanderley.pdf	20/08/2022 12:22:34	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciapaulista.pdf	20/08/2022 12:21:53	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciadepartamento.pdf	20/08/2022 12:21:42	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Outros	termogravacaodevoz.docx	20/08/2022 12:14:18	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoparacep.pdf	20/08/2022 12:12:12	EDSON JOSE BARROS DE MEDEIROS JUNIOR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 18 de Outubro de 2022

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

## ANEXO B – ESCALA DE PENSAMENTO CATASTRÓFICO SOBRE A DOR

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor (SEHN et al., 2012).

**1. A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**3. O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**4. O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**5. O pensamento de não poder mais estar com alguém é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**7. O pensamento sobre outros episódios de dor é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**8. O desejo profundo que a dor desapareça é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**10. O pensamento que ainda poderá doer mais é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**11. O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

**13. A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é**

0	1	2	3	4
Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa

### ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE NEUROFISIOLOGIA DA DOR

	Verdadeiro	Falso	Indeciso
1 - Quando parte do seu corpo esta lesionada, receptores especiais da dor levam, a mensagem da dor para seu cérebro.			
2 – Dor somente ocorre quando você está lesionado ou está correndo risco de se lesionar.			
3 – Nervos especiais na sua medula espinhal levam mensagens de perigo para o seu cérebro.			
4 – Dor ocorre sempre que você está lesionado.			
5 – O cérebro decide quando você vai sentir dor.			
6 – Os nervos se adaptam aumentando seu nível de excitabilidade em repouso.			
7 – Dor crônica significa que uma lesão não foi curada corretamente.			
8 – Piores lesões resultam sempre em pior dor.			
9 – Neurônios descendentes são sempre inibitórios.			
10 – Quando você se lesiona, o ambiente em que você está não afetará a quantidade de dor que você sente desde que a lesão seja exatamente a mesma.			
11 – É possível sentir dor e não saber disso.			
12 – Quando você está lesionado, receptores especiais levam a mensagem de perigo para a sua medula espinhal.			

(NOGUEIRA et al., 2018)

**ANEXO D – INVENTÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DOR PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

		Totalmente Falso	Quase Falso	Nem verdadeiro Nem Falso	Quase Verdadeiro	Totalmente Verdadeiro
1	Muitas vezes o doente consegue influenciar a intensidade da dor.	0	1	2	3	4
2	Sempre que alguém sente dor a família deve tratá-lo melhor.	0	1	2	3	4
3	A ansiedade aumenta a dor.	0	1	2	3	4
4	Sempre que alguém sente dor as pessoas devem tratá-lo com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
5	É responsabilidade dos que amam o doente, ajudarem-no quando ele sente dor.	0	1	2	3	4
6	O estresse aumenta a dor.	0	1	2	3	4
7	Exercício e movimento são bons para o doente com dor.	0	1	2	3	4
8	Consegue-se diminuir a dor através da concentração ou relaxamento.	0	1	2	3	4
9	A depressão aumenta a dor.	0	1	2	3	4
10	O exercício pode piorar ainda mais a dor.	0	1	2	3	4
11	Pode-se controlar a dor mudando-se os pensamentos.	0	1	2	3	4
12	Muitas vezes, quando se está com dor, precisa-se receber mais carinho que se está recebendo.	0	1	2	3	4
13	Pode-se, com certeza, aprender a lidar com a dor.	0	1	2	3	4
14	A dor não impede de se levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
15	A dor física nunca será curada.	0	1	2	3	4
16	Há uma forte ligação entre as emoções e a intensidade da dor.	0	1	2	3	4
17	A pessoa com dor pode fazer quase tudo que fazia antes de ter dor	0	1	2	3	4
18	Se a pessoa com dor não fizer exercícios regularmente a dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
19	A prática de exercícios pode diminuir a intensidade da dor.	0	1	2	3	4
20	Não há procedimento médico que ajude na dor.	0	1	2	3	4

(GARCIA; PIMENT; CRUZ, 2007)